Министерство здравоохранения СССР

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ордена ЛЕНИНА ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ



И. Г. БЛЮМИН

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ МУЖЧИН

Одобрено Ученым советом медико-биологического
факультета ЦОЛИУ врачей
26 октября 1966 г.

МОСКВА—1967

Министерство здравоохранения СССР

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ордена ЛЕНИНА ИНСТИТУТ
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

И. Г. БЛЮМИН

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВЫХ СОСТОЯНИЙ МУЖЧИН

Одобрено Ученым советом медико-биологического
факультета ЦОЛИУ врачей
26 октября 1966 г.

МОСКВА — 1967

ПРЕДИСЛОВИЕ

Современная судебно-медицинская практика проведения экспертизы половых состояний мужчин представляет собой сложный и ответственный вид экспертной работы. До сих пор отсутствуют руководства и пособия для экспертов по этому разделу работы.

Пособие, написанное судебно-медицинским экспертом И. Г. Блюминым, в известной мере восполняет этот пробел. Личный опыт автора, обобщение большого опыта судебно-медицинских экспертиз, проведенных в Бюро судебно-медицинской экспертизы Москвы и Московской области, заслуживают внимания и работа может быть рекомендована для использования в практике судебно-медицинской экспертизы.

Зав. кафедрой судебной медицины ЦОЛИУв

проф. К. И. Хижнякова

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОТ АВТОРА

Экспертиза половых состояний мужчин является весьма сложной, разрешает ряд специфических вопросов и требует соответствующей подготовки эксперта.

Вместе с тем до настоящего времени в отечественной и зарубежной литературе отсутствуют практические пособия для судебно-медицинских экспертов, излагающие методику проведения экспертизы: способности к половой жизни, оплодотворению, половой зрелости, гомосексуализма и венерических заболеваний. Круг вопросов в связи с экспертизой половых состояний мужчин достаточно большой и требует осведомленности эксперта в пограничных медицинских специальностях, особенно в урологии и венерологии.

Настоящая работа является обобщением практического многолетнего опыта работы кабинета амбулатории Бюро судебно-медицинской экспертизы Мосгорздравотдела по экспертизам половых состояний мужчин.

Автор приносит глубокую благодарность зав. кафедрой судебной медицины ЦОЛИУв проф. К. И. Хижняковой за научное руководство при проведении этой работы.

Мы очень признательны начальнику Бюро судебно-медицинской экспертизы Мосгорздравотдела канд. мед. наук Л. С. Велишевой, доценту кафедры судебной медицины университета им. П. Лумумбы канд. мед. наук Б. С. Свадковскому, зам. нач. Бюро канд. мед. наук Р. Л. Шиманович, зав. судебно-медицинской амбулаторией З. М. Бабаевой, зав. биологическим отделением В. К. Лебедевой, зав. физико-техническим отделением М. В. Розинову, канд. мед. наук В. И. Пухаревич, канд. мед. наук Б. М. Семенову за товарищескую по-

мощь и поддержку, оказанную нам при выполнении настоящей работы.

Не претендуя на всестороннее и исчерпывающее освещение всех вопросов, связанных с экспертизой половых состояний мужчин, автор с благодарностью примет пожелания и критические замечания читателей, интересующихся изложенной проблемой.

ГЛАВА I

ЭКСПЕРТИЗА СПОСОБНОСТИ К ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

Установление способности свидетельствуемого совершать половые акты является одним из вопросов, которые, как правило, интересуют органы следствия (в большинстве случаев половых преступлений) и суда (при рассмотрении бракоразводных дел и дел о спорном отцовстве, оскорблений в порядке частного обвинения, а также при экспертизе телесных повреждений, в результате которых развивается половая слабость: непосредственная травма половых органов, повреждение костей таза и уретры и постепенное развитие половой слабости на почве застойных процессов и др.).

В руководствах по судебной медицине по поводу установления способности к половой жизни имеются отдельные указания и рекомендации, но, что наиболее существенно, отсутствует методика проведения этого вида экспертизы.

В течение ряда лет нами апробирована методика, широко применяемая в лечебных учреждениях при обследовании больных, видоизмененная применительно к требованиям судебно-медицинской экспертизы.

Первым этапом проведения экспертизы является знакомство с данными судебно-следственных органов, вынесших постановление или определение для ее проведения, что дает эксперту правильное направление исследования. Свидетельствуемый в ряде случаев не заинтересован в объективном решении того или иного вопроса, который поставлен следствием перед экспертизой, и поэтому он может пытаться увести эксперта в сторону, умышленно извращая имеющиеся в деле факты.

Вторым этапом проведения экспертизы является направленный опрос освидетельствуемого, т. е. подробное выявление необходимых анамнестических сведений. Этим данным мы придаем большое значение. Они ориентируют эксперта в выборе соответствующих методов исследования, а в дальнейшем их результаты сопоставляются с данными последующих исследований.

Прежде всего необходимо уточнить половой анамнез. При этом выясняется: женат ли свидетельствуемый, если да, то с какого времени, который по счету брак. Если он был женат ранее, то в каком году брак был зарегистрирован, когда был разведен и по какой причине, не является ли причиной развода неудовлетворенность одного из супругов в половой жизни, в чем эта неудовлетворенность выражалась. При половой дисфункции необходимо уточнить, связана ли она с брачной жизнью или была до вступления в брак, имела ли она место при совершении половых актов с другой женщиной, страдает ли жена свидетельствуемого фригидностью. Устанавливают время начала половой жизни, частоту половых актов до женитьбы и после нее, а также выясняют, заканчивались ли половые акты всегда эякуляцией, не было ли прерванных половых актов (coitus interruptus) или удлиненных половых актов (coitus prolongatus). Выясняется, когда впервые появились поллюции, бывают ли они в настоящее время, как часто, имеется ли при этом болезненность, нет ли примеси крови в семенной жидкости. Если свидетельствуемый жалуется на половую слабость, необходимо подробно выяснить его жалобы, когда возникла половая слабость, с чем он ее связывает.

Эксперт не должен задавать наводящих вопросов, надо дать возможность полностью высказаться свидетельствуемому и все записать.

Затем следует детально выяснить о всех заболеваниях свидетельствуемого в течение всей жизни, имея в виду, что некоторые из них (эпидемический паротит, травма и заболевания половых органов и центральной нервной системы, тяжелые истощающие заболевания, инфекции и др.) могут оказывать влияние на половую функцию вследствие поражения центральной и периферической нервной системы, а также в результате поражения половых органов.

Очень важными в этом отношении являются различные заболевания центральной нервной системы — прогрессивный па-

ралич, боковой амиотрофический склероз, рассеянный склероз, кровоизлияния в вещество головного мозга, опухоли и т. д. и иные поражения центральной нервной системы. Нарушения половой функции могут возникать вследствие изменения в интеллектуальной и эмоциональной сферах, которые встречаются у больных, страдающих хроническим заболеванием головного мозга, что влечет за собой нередко торможение кортикальных сексуальных связей.

При некоторых органических заболеваниях головного мозга и психопатических состояниях, начальных стадиях прогрессивного паралича и др. может наблюдаться патологическое повышение половой возбудимости, связанное с ослаблением деятельности головного мозга или развитием торможения в коре, вследствие чего подкорковая зона положительно индуцируется. Это, в частности, проявляется в том, что незначительные раздражители способны вызвать в центрах подкорки возбуждение, достаточное для осуществления безусловного рефлекса (И. М. Порудоминский). Половые расстройства могут развиваться в результате болезненных нарушений деятельности подкорковых центров. Поражения подкорковой области вызывают гипофункцию половой деятельности вплоть до полной импотенции, особенно при локализации патологического процесса в задней черепной ямке и в стволовой части головного мозга (И. М. Русецкий и А. А. Терегубов)[1].

Половые расстройства могут быть обусловлены эндокринными нарушениями, которые приводят к снижению гормональной функции яичек, в результате чего отмечается понижение полового влечения и ослабление эрекции вплоть до полного ее исчезновения. Нарушения функции яичек могут быть как результатом первичного их заболевания (врожденное недоразвитие, евнухоидизм), так и вторичного характера (травма, воспалительные и инфекционные заболевания). Нередко они развиваются в результате поражения других желез внутренней секреции в силу существующих гормональных связей между ними (заболевания гипофиза, щитовидной железы, надпочечников).

Отрицательное влияние оказывает на половую функцию и ряд заболеваний, связанных с нарушением обмена веществ (авитаминоз, алиментарная дистрофия, диабет и др.). В ча-

[1] Цит. по И. М. Порудоминскому, 1960.

стности, при диабете, помимо нарушения углеводного обмена, наблюдается атрофия сперматогенного эпителия. Угнетение потенции при ряде тяжелых истощающих инфекционных заболеваний связано с воздействием на центральную нервную систему накапливающихся в организме токсических продуктов.

Влияние на половую функцию оказывает туберкулез. При этом заболевании, как правило, наблюдается повышение потенции.

Особенно важное значение для экспертизы имеет установление у свидетельствуемого венерических болезней (гонорея, сифилис), при которых может развиваться поражение половых желез (предстательной железы, семенных пузырьков) и центральной нервной системы.

Наряду с заболеваниями следует расспросить свидетельствуемого о травмах и бывших операциях в области половых органов.

В развитии половых расстройств имеют значение вредные привычки — интоксикация организма никотином, алкоголем морфином и др., что, в частности, может приводить к нарушению функций центральной нервной системы и обусловливать дистрофические изменения эпителия семенных канальцев и жировое их перерождение. Выясняют, в течение какого времени и как интенсивно в течение суток курит свидетельствуемый, как часто и как давно употребляет алкоголь, количество принимаемых спиртных напитков, опохмеляется ли, не было ли запоев.

Следует выяснить условия работы свидетельствуемого: производственные вредности, связана ли работа с ходьбой или продолжительным сидением, что может привести к застойным явлениям в малом тазу и возникновению конгестивного простатита и везикулита.

Наряду с органической импотенцией, связанной с врожденными или приобретенными изменениями половых органов и центральной нервной системы, существует «функциональная» половая слабость, которая в ряде случаев представляет собой фиксированную невротическую реакцию. Указанные функциональные особенности могут быть вызваны рядом причин и возникают, как правило, на определенном фоне.

С возрастом наблюдается угасание половой функции. Снижение потенции наблюдается по мере приближения к 50 годам, в дальнейшем отмечается более быстрое ее угасание и

в возрасте 60—65 лет она, как правило, практически угасает. В среднем падение половой силы происходит примерно с 55 лет (И. М. Порудоминский). Однако эти данные не являются абсолютными, ибо встречаются мужчины с почти не измененной потенцией в 75 лет и даже больше. Такие значительные колебания потенции у мужчин в пожилом возрасте зависят от индивидуальных особенностей организма, образа жизни, характера половой деятельности и др.

Третьим этапом проведения экспертизы является объективное исследование свидетельствуемого. При этом отмечается телосложение, упитанность, проводятся основные антропометрические измерения (рост стоя и сидя), определяется эпигастральный угол (острый, тупой, прямой) и выраженность мускулатуры (хорошо выражена, слабо выражена). Эти сведения дают представление о физическом развитии свидетельствуемого и позволяют выявить те или иные гормональные сдвиги, например, непропорциональное развитие конечностей, адипозо-генитальное ожирение, гипофизарный нанизм. Обращают внимание на кожные покровы, окраску и другие изменения, которые бывают при некоторых заболеваниях (например, аддисонова болезнь, при которой может наблюдаться половая слабость).

Затем проводится исследование волосистой части головы, где могут быть следы бывшей травмы (рубцы и т. д.). Обращают внимание на экзофтальм, непропорциональное увеличение выступающих частей лица (носа, подбородка), увеличение щитовидной железы, что может указывать на эндокринные заболевания. Признаком эндокринных сдвигов являются и гинекомастия (увеличение в разной степени грудных желез).

Отмечается оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области (хорошо или слабо выражено), рост волос в лобковой области (по женскому типу или мужскому типу). Если имеется оволосение на груди и животе, следует отметить степень его выраженности.

Учитывают степень выраженности брюшных, кремастерных и анального рефлексов. Одностороннее выпадение дает возможность заподозрить патологию в проводящих путях центральной нервной системы, что требует проведения детального неврологического обследования. Нами замечено, в частности, что у мужчин, которые рано и непомерно много уделяли внимание половым отправлениям, может наблюдаться снижение

указанных рефлексов, к старости эти рефлексы угасают. Их отсутствие наряду с другими данными помогает эксперту составить представление о свидетельствуемом, который чаще в преклонном возрасте жалуется на свою половую несостоятельность, в то время как его обвиняют в изнасиловании или в сожительстве с несовершеннолетней девочкой.

Половая слабость и полная неспособность к половой жизни может быть обусловлена причинами, исходящими непосредственно от половых органов.

Исследование половых органов начинают с общего осмотра: измеряется половой член — длина, ширина в средней трети, висячей части и в наиболее широкой части головки. При появлении эрекции проводятся аналогичные измерения, результаты которых вносятся в акт (заключение) экспертизы. Измерения производят малым акушерским циркулем со шкалой деления в см, в концевые шарики которого вмонтированы два узких стержня длиной 2,5—3 см.

Обращают внимание на состояние крайней плоти. При сужении наружного ее отверстия затрудняется освобождение головки (фимоз), что может иметь место либо в результате врожденного сужения, либо приобретенного после перенесенных воспалительных процессов. Фимоз в ряде случаев является препятствующим моментом к совершению полового акта в силу возникающей болезненности и надрывов крайней плоти в области свободного края. Осматривается уздечка полового члена. Короткая уздечка, как правило, при эрекции искривляет головку, что создает затруднение для полового сношения. Короткая уздечка часто разрывается при половом сношении, что может сопровождаться значительным кровотечением. Дефекты или уродства половых органов нередко ведут к невозможности выполнения нормального полового акта.

При огнестрельных ранениях половых органов Г. И. Гольдин (1947) отмечает различные виды повреждений и ранений полового члена: полная или частичная ампутация полового члена, ранение головки, кавернозных тел, уретры, сращения полового члена с окружающими тканями, атрофия члена в результате ранения. Иногда вследствие ранения встречаются сращения полового члена с передней брюшной стенкой, мошонкой. По данным Н. М. Иглицина и В. А. Семенова (1955), в 35,6% в результате ранений полового члена наблюдалась impotentio coeundi.

Нарушения нормальной половой деятельности могут обусловить колотые, резаные, рваные раны и ушибы головки полового члена. Эти повреждения могут привести к импотенции в результате возникновения болезненности, а также в силу невозможности введения полового члена во влагалище женщины из-за его искривления. Искривление полового члена может быть в результате врожденного недоразвития эректильно-пещеристой ткани, а также как следствие некоторых заболеваний, в частности фиброзно-пластического уплотнения полового члена (Induratio penis plastica). Считают, что это заболевание относится к группе коллагенозов (А. Я. Пытель и Е. Б. Мазо, 1963 и др.). У больных наряду с фиброзно-пластическим уплотнением полового члена встречаются фиброзные узловатости ушных раковин, контрактура Дюпюитрена, фиброзные утолщения на фалангах пальцев и др. Однако пластическая индурация может быть единственным проявлением болезни коллагеновой ткани.

При этом заболевании уплотнения в виде узелков, продолговатых бляшек или тяжей располагаются чаще на спинке полового члена кзади от венечной борозды по средней линии или справа и слева от нее. Бляшки и узелки имеют тенденцию к росту, в результате чего появляется искривление полового члена при эрекции, которое иногда бывает значительно выражено. Уплотнения, расположенные по средней линии или по обе стороны от нее, при эрекции вызывают искривление полового члена кверху, расположенные справа от средней линии — искривление вправо и наоборот. Иногда искривление полового члена при эрекции настолько значительно, что совершение половых актов невозможно. Заболевание вначале проявляется болезненностью при эрекции и эякуляции. Жалобы зависят от локализации уплотнений. Наиболее выраженными боли бывают в тех случаях, когда уплотнения располагаются в передней и средней трети висячей части полового члена. Поражения полового члена при тяжелой форме заболевания располагаются, как правило, экстракавернозно, причем бляшки иногда имеют, в далеко зашедших случаях, хрящевую и даже костную консистенцию.

Одной из причин коллагеновой болезни вообще и фибропластической индурации полового члена, в частности, является нарушение эндокринного равновесия в системе гипофиз — кора надпочечников. Как установил Гарибальди, у больных

пластической индурацией полового члена наблюдается резкое снижение содержания гормональных метаболитов мочи, главным образом 17-кетостероидов (2—3 мг при норме 14 мг) и 11-оксикортикостероидов (1,2—5,5 мг при норме 8,3 мг). Снижение содержания гормональных метаболитов происходит прямо пропорционально тяжести пластической индурации (цит. по А .Я. Пытелю и Е. Б. Мазо, 1963).

Возникновение рубцовой ткани в кавернозных телах может быть при ряде других заболеваний, например после перенесенных кавернитов, возникающих иногда при гонорейных и негонорейных воспалительных процессах уретры, а также при травме, ранениях, опухолях и др. В этих случаях индурация захватывает непосредственно кавернозную ткань, что влечет за собой искривление полового члена.

Уплотнения пещеристых тел в виде внутренних рубцов могут иметь место в результате так называемого «перелома» члена, т. е. разрыва пещеристых перекладин с кровоизлиянием в них. Наряду с разрывом пещеристых тел может произойти разрыв белочной оболочки их. «Перелом» полового члена может возникнуть только в состоянии эрекции в случае бурного coitus'a и при ненормальном положении, при насильственном повороте и сопротивлении партнера, при резком и сильном ударе по эрегированному половому члену и т. д.

Препятствием к половому сношению может явиться слоновость полового члена.

Среди встречающихся пороков развития полового члена, затрудняющих, а иногда делающих невозможным совершение половых актов, следует остановиться на гипоспадии и эписпадии, так как иные значительные уродства полового члена вплоть до полного его врожденного недоразвития или раздвоения не вызывают сомнений при оценке способности к совершению половых актов.

Гипоспадия — врожденный порок развития, при котором нарушено формирование нижней стенки мочеиспускательного канала. Наружное отверстие уретры может располагаться на всем протяжении уретры кзади от головки полового члена вплоть до мошонки, иногда разделяя ее на правую и левую половины. При гипоспадии затруднения для совершения половых актов будут выражены тем больше, чем дальше от головки полового члена расположено наружное отверстие уретры. Кнаружи от него по направлению к головке в области уре-

трального ложа в этих случаях сохраняется фиброзный тяж, который при эрекции приводит к значительному искривлению полового члена книзу. Небольшая степень гипоспадии, когда наружное отверстие уретры располагается на нижней поверхности головки полового члена, в области уздечки ее или в передней трети мочеиспускательного канала, обычно не влияет на эрекцию, не вызывает искривления полового члена настолько, чтобы препятствовать половому сношению.

Эписпадия — врожденный порок развития уретры, при котором наружное отверстие уретры располагается на верхней поверхности головки и тыльной поверхности полового члена вплоть до корня его. При выраженной эписпадии наблюдается значительное искривление полового члена кверху при эрекции, что препятствует совершению половых актов.

После исследования полового члена следует перейти к исследованию яичек. Вначале описывается состояние мошонки, отмечается величина ее, выраженность обеих половин. При наличии тех или иных изменений следует установить их этиологию. Мошонка может быть вообще не выражена вследствие отсутствия в ней яичек. При врожденном отсутствии одного яичка может быть не выражена соответствующая половина мошонки. Мошонка может быть увеличена вследствие слоновости ее, пахово-мошоночной грыжи и водянки яичек. Резко выраженные указанные изменения могут явиться причиной, затрудняющей совершение половых актов, и в некоторых случаях полностью исключают возможность совершения нормальных половых актов. При исследовании яичек проводится их измерение (длина, ширина, толщина), пальпация, при которой отмечается болезненность, консистенция (эластическая, плотноэластическая, мягкая, мягкоэластическая), особенности поверхности (гладкая, бугристая) и состояние их придатков. Исследование производится противоположной рукой: например, правое яичко исследуется левой рукой, левое — правой, для чего четыре сложенных вместе пальца подводят под яичко таким образом, чтобы оно лежало на них, а большим пальцем, слегка прижимая, ощупывают яичко. Таким же образом пальпируются придатки яичка.

Изменения и заболевания яичек и иные воздействия, от которых может страдать половая функция, могут быть разделены на четыре группы: а) врожденные аномалии, б) травма,

в) заболевание самих яичек, г) вредные влияния и токсические воздействия.

К врожденным аномалиям относится врожденное недоразвитие обоих яичек. Они прощупываются в мошонке величиной с горошину или мелкую фасоль (величина их может несколько варьировать), консистенция мягкая. Такое состояние яичек влечет за собой и другие изменения, характеризующиеся евнухоидизмом, при значительном снижении или отсутствии потенции. К врожденной аномалии относится крипторхизм: отсутствие обоих яичек в мошонке из-за задержки их низведения. В этом случае яички могут остаться в брюшной полости, где подвергаются полному обратному развитию или задерживаются в паховых каналах. В последнем случае потенция в той или иной степени обычно сохраняется. Чаще встречается отсутствие одного яичка, при этом обычно способность к совершению половых актов сохранена.

Травма яичек с кровоизлиянием в них и последующим нагноением гематомы может привести к значительным деструктивным изменениям с последующей атрофией яичек. Вторичная атрофия яичек может наступить вследствие нарушения их кровоснабжения, в результате чего можно ожидать снижения половой функции. К такому же исходу могут привести заболевания самих яичек вследствие возникающих в них воспалительных процессов. Среди инфекционных заболеваний встречаются орхиты как осложнение эпидемического паротита и др. Иногда исходом этих заболеваний является полная деструкция ткани яичек и их атрофия.

Токсическое влияние на паренхиму яичка оказывают свинец, ртуть, алкоголь, морфий, а также продукты неполного распада при нарушении обмена веществ, например при диабете, алиментарной дистрофии и др., при этом происходит атрофия сперматогенного эпителия и фиброз межуточной ткани.

В дальнейшем исследуются предстательная железа и семенные пузырьки, нарушение нормального функционирования которых нередко ведет к развитию половой слабости. Пальцевое исследование производят через прямую кишку в коленно-локтевом положении или положении на правом боку с поджатыми к животу нижними конечностями.

В норме предстательная железа определяется при пальпации в виде округлой формы образования плотноэластической

консистенции, которое принято в клинике сравнивать по величине с грецким орехом или каштаном. Железа имеет размеры: длина 2,5—3,5 см, ширина — 4—5 см, толщина — 1,5—2,2 см (Мильман). Она состоит из трех долей: левой и правой, разделенных посередине соединительнотканной перегородкой, определяемой при исследовании в виде вертикально идущей бороздки, и средней доли, обращенной кпереди. Предстательная железа граничит с передней стенкой прямой кишки и ощущается пальцем на расстоянии 3—5 см от анального отверстия. Благодаря связочному аппарату предстательная железа находится в неподвижном состоянии. Через нее проходят выводные протоки семявыносящих путей, которые вместе открываются в задней части уретры на семенном бугорке. Она является сложной железой, состоящей из отдельных трубчато-альвеолярных желез в количестве 30—50. В железах или дольках ее образуются амилоидные тельца, являющиеся коллоидной субстанцией, и лецитиновые зерна. Простата имеет значительно выраженную сеть гладких мышечных волокон, идущих в различных направлениях, последние как бы пронизаны выводными протоками железы. Соединительная ткань пронизывает железу множеством плотных перегородок, от которых отходят ответвления, окружающие отдельные дольки.

Простата снабжена обильным количеством нервных окончаний, формирующих нервное сплетение. «Наличие большого количества нервных окончаний и ганглиозных узлов в клетках простаты делает ее очень чувствительной даже к незначительным патологическим изменениям, которые нередко вызывают серьезные расстройства половой функции» (Мильман, 1965)

Нервные связи предстательной железы со спинным мозгом, в частности с центрами эрекции и эякуляции, приводят к тому, что заболевания простаты могут вызывать нарушение функции этих центров. Секрет предстательной железы всасывается в кровь, оказывает тормозящее влияние на функцию яичек; при недостаточном же количестве этого секрета происходит усиление деятельности яичек (Р. М. Фронштейн, 1953), в результате наблюдается повышение полового влечения. Длительное воздержание и накопление простатического сока приводит к некоторому ослаблению функции яичек.

Serrlach et Pares (1911) экспериментально установили, что небольшие дозы экстракта простаты возбуждают, а большие — угнетают сперматогенез, удаление простаты вызывало атро-

фию яичек. Sasaki (1913) при облучении яичек кроликов рентгеновыми лучами наблюдал вслед за поражением яичек атрофию простаты. Если животное было кастрировано до полового созревания, простата не развивалась, если же кастрация произошла при наличии развитой предстательной железы, то эрекция еще некоторое время может иметь место за счет приобретенных условных рефлексов.

При исследовании определяют размеры простаты, поверхность (гладкая, бугристая), болезненность и консистенцию ее (эластическая, дряблая, мягкоэластическая, плотноэластическая).

Как правило, острые воспалительные процессы в предстательной железе не оказывают влияния на изменение половой функции.

Снижение половой функции наблюдается вследствие хронических воспалительных процессов простаты, что может быть результатом осложнений венерических и невенерических заболеваний. К такому же результату приводят и конгестивные простатиты, т. е. простатиты вследствие застойных явлений в малом тазу. Предстательная железа в этих случаях выглядит с неравномерными долями, имеющими в большей или меньшей степени бугристую поверхность с отдельными уплотнениями и болезненной при пальпации. При исследовании секрета пораженной простаты выявляется значительное количество лейкоцитов и уменьшение лецитиновых зерен.

Атония предстательной железы нередко приводит к развитию половой слабости, при этом простата очень дряблая, выглядит как пустой мешок, имеющий только оболочку.

Аденома предстательной железы не влияет отрицательно на половую функцию. По А. И. Дунавескому (1959), у больных с аденомой простаты, несмотря на преклонный возраст (обычно свыше 60 лет), половая функция была сохранена.

При аденоме предстательная железа увеличена, плотноэластической консистенции, без резкой болезненности, границы ее определяются, а срединная бороздка сглаживается. Семенные пузырьки лежат над и несколько сзади предстательной железы (в норме не определяются). Наличие в их области уплотнений, болезненных при ощупывании, свидетельствует о наличии воспалительного процесса, последний может возникать в тех же случаях, что и в предстательной железе. Нередко

процесс с простаты может распространяться на семенные пузырьки. Хроническое поражение семенных пузырьков рассматривается как неблагоприятный фактор для нормальных половых отправлений.

В ряде случаев при легком массаже простаты и области семенных пузырьков удается получить в той или иной степени выраженную эрекцию. Этот факт сам по себе указывает на несостоятельность утверждения свидетельствуемого, например, что он не мог совершить изнасилование, так как страдает половой слабостью и у него уже в течение длительного времени вообще не возникает эрекции.

Следует упомянуть о семенном бугорке (colliculus seminalis), который расположен на задней стенке уретры в простатической части, примерно посередине ее. В области семенного бугорка на переднем его скате открывается устье слепого мешочка (utriculus masculinus), по бокам от него с обеих сторон располагаются устья семявыбрасывающих протоков. Иногда они открываются в мужскую маточку. В окружности семенного бугорка открываются устья выводных протоков предстательной железы.

Многие авторы считают, что семенной бугорок принимает участие в половой функции у мужчин, особенно в акте эякуляции (А. М. Васильев, 1913, 1923; Л. Я. Якобзон, 1915, Р. М. Фронштейн, 1938 и др.). В пользу этого свидетельствует общность эмбриональной связи между органами, принимающими участие в эякуляции (предстательная железа, семенные пузырьки и семенной бугорок — развиваются из первичной матки). Семенной бугорок тесно связан с центром эрекции и эякуляции. Воспаление его является одной из причин, лежащих в основе ослабления половой функции у мужчин. В этиологии поражений семенного бугорка большая роль принадлежит факторам, ведущим к застою и нарушению нормального кровообращения: длительно практикуемый прерванный половой акт, произвольное затягивание полового акта и чрезмерный онанизм, совершаемый в течение длительного времени. Возникновение застойной гиперемии приводит к серозному пропитыванию задней уретры и семенного бугорка в дальнейшем с развитием круглоклеточной инфильтрации, в зоне которой возникает затем рубцовая ткань. К этому же исходу приводят и другие причины, обусловливающие застой крови в ма-

лом тазу: хронические запоры, длительный сидячий образ жизни и т. п.

Чаще поражения семенного бугорка наблюдаются в связи с наличием воспалительного процесса в задней уретре, предстательной железе и семенных пузырьках. Однако встречаются изолированные его поражения. Среди симптомов колликулита отмечают: боли при семяизвержении, кровь в семенной жидкости, ощущение инородного тела в заднем проходе.

Семенной бугорок исследуется уретроскопом. При наличии воспалительного процесса семенной бугорок увеличен, гиперемирован. При преобладании рубцовой ткани явления гиперемии более умеренные, иногда наблюдается рубцовое сморщивание его.

В нашей практике указанные изменения встречались в относительно небольшом проценте случаев и в основном представляли собой поражения наружных и внутренних половых органов, а также центральной нервной системы.

После завершения обследования свидетельствуемые при необходимости направляются на консультацию к специалистам (невропатологу, психиатру и др.).

В результате обследования свидетельствуемого и ознакомления с материалами дела в большинстве случаев возможно составление экспертного заключения. При наличии органических изменений и заболеваний с их последствиями эксперт может высказать свое мнение в более или менее категорической форме.

Например. «1. На основании судебно-медицинского исследования гр..., лет..., консультации невропатолога и изучив медицинские документы из горбольницы №... и поликлиники по месту жительства №..., прихожу к заключению: У гр... выявлен хронический простатит и колликулит. Указанные заболевания могут явиться причиной половой слабости».

В ряде случаев не имеется морфологического субстрата, представляющего собой причинную обусловленность половых расстройств, и половая слабость является функциональной. Тогда эксперт не имеет возможности в своих суждениях исходить из морфологии для подкрепления своего заключения. Чрезвычайно важно при этом запросить медицинские документы (подлинники) из медицинских учреждений, где могут быть указания на обращаемость к врачу по поводу половой

слабости и ряд заболеваний, о которых свидетельствуемый рассказывал.

Необходимо обратить внимание судебно-следственных органов на важность допроса жен и партнерш свидетельствуемого с подробным выяснением данных о половой жизни его. Сопоставление этих сведений с данными, полученными у свидетельствуемого, может помочь эксперту получить представление о состоянии его половой функции.

В некоторых случаях, особенно в молодом возрасте, когда при исследовании не выявлено никаких данных, указывающих на возможность импотенции, а при исследовании предстательной железы отмечена хорошая возбудимость, можно, по нашему мнению, давать заключение в утвердительной форме.

Например. «На основании судебно-медицинского исследования гр..., лет... следует считать, что он способен совершать половые акты».

При отсутствии объективных данных, свидетельствующих об импотенции, в заключении подчеркивается, что «объективных данных, указывающих на неспособность совершать половые акты, не обнаружено».

При наличии признаков, обусловливающих возможность функциональной импотенции, указывается: «На основании... можно думать о снижении половой функции» или «можно думать о наличии половой слабости по функциональному типу».

Надо иметь в виду так называемую относительную импотенцию, т. е. импотенцию, возникающую к определенной женщине, в то время как по отношению к другой женщине у данного субъекта половой слабости не возникает. Такое состояние связано с рядом причин и обусловлено торможением эрекционной функции.

Однако не во всех случаях экспертизы половой способности можно составить заключение в категорической форме.

Наш опыт проведения судебно-медицинской экспертизы мужчин при половых преступлениях показал, что и в некатегорическом виде наши заключения оказывают значительную помощь судебно-следственным органам.

Иногда возникает необходимость в установлении соответствия размеров половых органов свидетельствуемого и потерпевшей (в основном в случаях изнасилования малолетних девочек). С этой целью производится измерение полового члена

свидетельствуемого в состоянии покоя и эрекции и входа влагалища потерпевшей. В заключении указывается на невозможность или возможность совершения полового акта данными лицами.

Наблюдение 1. Гр-н К., 35 лет, обвиняется в изнасиловании. Из постановления следователя известно: «Гр-ка З. заявила, что была изнасилована гр-ном К. в парке». На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Способен ли гр-н К. совершать половые акты?

2. Имеются ли у него телесные повреждения, если имеются, то к какому времени относится их возникновение?»

Гр-н К. категорически отрицает свою причастность к изнасилованию гр-ки З. и заявляет, что он страдает половой слабостью. Половая жизнь с 20 лет со знакомой женщиной, с которой совершал нормальные половые акты при наличии хорошей эрекции, всегда заканчивающиеся извержением спермы. Женился в 26 лет. Вначале с женой совершал нормальные половые акты, в дальнейшем после заболевания гонореей стал постоянно чувствовать нарушения со стороны половой функции, выражающиеся в быстро наступающей эякуляции. Постепенно состояние ухудшилось, эякуляция начала наступать очень быстро, иногда перед введением полового члена во влагалище. От этого брака имел одного ребенка. По поводу половой слабости лечился в поликлинике, где был выявлен хронический простатит и проведено лечение. Это заболевание послужило причиной развода после шестилетней супружеской жизни. Желание совершать половые акты почти отсутствовало. Детских заболеваний не помнит. Заболеваний центральной нервной системы не было. Туберкулезом не болел. Болел гонореей, лечился в венкабинете поликлиники. Сифилиса не было.

Данные объективного исследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя — 176 см, сидя — 92 см. Мускулатура на туловище и конечностях развита хорошо. Грудная клетка цилиндрической формы. Эпигастральный угол острый. Кожные покровы обычной окраски. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области хорошо выражено, рост волос в лобковой области по мужскому типу. Брюшные и кремастерные рефлексы ослаблены. Половой член длиной 11 см, шириной в средней трети — 3 см, в области головки — 3,8 см. Крайняя плоть собрана в складки позади головки. Из наружного отверстия уретры выделений нет, губки его без воспалительных явлений. Не мочился 3 часа. Моча первой порции прозрачная с единичными плавающими нитями и хлопьями, второй — чистая. Половой член без уплотнений. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 4,8×3×2,6 см, левое — 5×3,2×2,6 см. В хвосте левого придатка прощупывается уплотнение величиной с горошину. Предстательная железа эластической консистенции: левая доля несколько больше правой с неровной бугристой поверхностью, болезненная при ощупывании, правая — гладкой поверхности; границы и срединная бороздка определяются. В области левого семенного пузырька имеются два уплотнения, болезненные при ощупывании, величиной с горошину каждое.

В представленной по запросу амбулаторной карте указано, что гр-н К. лечился по поводу гонорейного уретрита, хронического простатита и везикулита.

На основании судебно-медицинского исследования гр-на К., амбулаторной карты из поликлиники и, принимая во внимание поставленные перед экспертизой вопросы, дано следующее заключение:

1. У гр-на К. имеется хронический простатит и хронический везикулит. Эти заболевания обычно приводят к возникновению половой слабости. У гр-на К. может иметь место половая слабость.

2. Каких-либо телесных повреждений у гр-на К. не обнаружено.

ГЛАВА II

ЭКСПЕРТИЗА СПОСОБНОСТИ К ОПЛОДОТВОРЕНИЮ

Необходимость проведения экспертизы способности к оплодотворению возникает в делах, связанных с изнасилованием, сожительством с несовершеннолетними и последующей беременностью у них, в делах о спорном отцовстве и др.

При экспертизе способности к оплодотворению особое внимание уделяется объективному исследованию свидетельствуемого, получению и исследованию семенной жидкости.

Исследование свидетельствуемого осуществляется по общему плану, который нами изложен в предыдущем разделе. При выяснении анамнеза внимание эксперта фиксируется на заболеваниях, которые могли оказать прямое или косвенное влияние на способность к оплодотворению: эпидемический паротит, бруцеллез и другие инфекционные заболевания, которые могли бы привести к поражению яичек. Важное значение имеют заболевания, поражающие семявыносящие пути на всем их протяжении, особенно венерические болезни, в частности гонорея, а также негонорейные воспалительные процессы.

Наиболее частой причиной бесплодия является двустороннее поражение придатков яичек, главным образом в области их хвостовой части (двусторонний эпидидимит). Эпидидимит гонорейной этиологии протекает в типичных случаях остро, с высокой температурой до 39—40°С и сопровождается резкой болезненностью при малейшем дотрагивании до пораженного придатка. Придаток увеличен в объеме, плотной консистенции, но поверхность его не бугристая. При поражении придатка в результате воспалительного процесса остается рубец. Рубцовая ткань может возникать в любом месте семявыносящих путей и вызывать их стойкое сужение вплоть до полной облитерации.

Поражения придатков и яичек наблюдаются при туберкулезной инфекции. Однако они чаще бывают вторичными после поражения легких либо других органов, но иногда встречаются случаи первичного заболевания туберкулезом половых органов. При туберкулезном поражении придатков поверхность их бугристая, болезненность меньше выражена, течение процесса в этом случае менее острое, чем при гонорейном процессе. В области семенных канатиков появляются четкообразные утолщения.

Отсутствие сперматозоидов может наблюдаться в результате поражения воспалительным процессом предстательной железы и семенных пузырьков. При воспалительном процессе в задней уретре и семенном бугорке наблюдаются расстройства эякуляции вплоть до асперматизма. Семенной бугорок сморщен, рубцово изменен, устья семявыносящих протоков и предстательной железы могут быть облитерированы или повернуты в иное направление.

Существует так называемый кортикальный асперматизм, при котором эякуляции не происходит в результате патологического повышения тормозящего влияния коры головного мозга на центр эякуляции. У этих больных эякуляция наступает во сне и обычно сопровождается оргазмом, что связано с выключением тормозящего влияния психики на эякуляционный центр.

Описаны случаи так называемого относительного асперматизма, т. е. отсутствие эякуляции при совершении полового акта с определенной женщиной, в то время как при совершении полового акта с другой женщиной эякуляция и оргазм протекают нормально (И. М. Порудоминский, 1960).

Способность к оплодотворению может отсутствовать, если семенная жидкость вследствие девиации семявыбрасывающих протоков или слабости внутреннего сфинктера мочевого пузыря попадает полностью в мочевой пузырь, где сперматозоиды теряют свою подвижность. При наличии значительного сужения уретры происходит задержка семенной жидкости при эякуляции и таким образом она в соответствующий момент не попадает во влагалище, а вытекает медленно каплями через некоторое время после эякуляции.

Исследование уретры производится вначале пальпацией нижней поверхности полового члена при некотором натяже-

нии за головку. Более детальное исследование осуществляется при помощи бужей и уретроскопии.

Наряду с поражением семявыносящих путей и мочеиспускательного канала неспособность к оплодотворению может быть обусловлена поражением паренхимы яичек, что может иметь место при инфекционных орхитах (эпидемический паротит, туберкулез, бруцеллез и др.), токсическом воздействии продуктов неполного распада при нарушении обмена (например, при диабете и др.), непосредственном поражении ядовитыми веществами (свинец, ртуть и др.), при хроническом алкоголизме, травматическом повреждении яичек. Поражение предстательной железы и семенных пузырьков также ведет к расстройствам оплодотворения.

Отсутствие яичек является объективным критерием неспособности к оплодотворению. Оно может быть вследствие врожденного недоразвития, задержки яичек в брюшной полости или в паховых каналах (крипторхизм). Повышение температуры тела губительно действует на сперматозоиды и сперматогенез. При задержке яичек в брюшной полости и частично в паховых каналах наступают перерождение сперматогенного эпителия и атрофия яичек. При наличии одного нормального яичка в мошонке, а второго — задержанного — в брюшной полости или в паховом канале (монорхизм) сперматогенез в единственном яичке может сохраняться.

Исследования сперматогенной функции яичек, опубликованные рядом исследователей, обязывают эксперта быть очень осторожным при решении вопроса о способности к оплодотворению лиц, страдающих крипторхизмом. Hansen (1949) при обследовании больных с двусторонним крипторхизмом у 9 из 11 отметил полную стерильность — сперматогенез отсутствовал, а у двоих имело место умеренное нарушение сперматогенеза. Е. Е. Шахбазян (1957) при обследовании 35 больных с односторонним крипторхизмом нормальный сперматогенез наблюдал у 13, легкие нарушения сперматогенеза — у 11, умеренное нарушение — у 3, резкое нарушение — у 7, отсутствие сперматогенеза — у 1 больного. Эти данные убедительно показывают, что при проведении экспертизы необходимо исследовать семенную жидкость (эякулят) во всех случаях крипторхизма. Эрекция в этих случаях обычно не страдает и способность к совершению половых актов сохранена полностью, од-

нако в некоторых случаях отмечается также угасание и этой функции вследствие глубоких изменений в яичках.

Пороки развития половых органов (эписпадия и гипоспадия) в значительной степени, как мы указывали ранее, могут оказывать влияние на способность к совершению полового акта в результате значительного искривления полового члена. Так как эякуляция при этом может не страдать, исключить способность к оплодотворению нельзя. В каждом конкретном случае решение вопроса о способности к оплодотворению должно быть строго индивидуальным.

Исследование яичек и внутренних половых органов осуществляется так, как это было описано в предыдущей главе.

Основным методом получения эякулята является мастурбация. При соответствующей обстановке и правильном подходе к исследуемому удается убедить его в необходимости этого исследования. Исследование эякулята производится в присутствии свидетельствуемого и ему представляется возможность увидеть в микроскопе свои сперматозоиды, их подвижность.

При получении эякулята необходимо создать определенные условия, чтобы никто не мешал свидетельствуемому — лучше для этого выделить отдельную комнату.

В случае невозможности получения эякулята путем мастурбации, когда свидетельствуемый не заинтересован в объективном решении экспертизы и отказывается получить его таким способом или создает видимость отсутствия у него эякуляции и эрекции, рекомендуется применить массаж семенных пузырьков и предстательной железы.

Мы считаем, что этот способ является способом выбора и применять его следует в исключительных случаях. Прежде всего потому, что может возникнуть значительная болезненность, а «эякулят», полученный таким способом, не является вполне полноценным из-за отсутствия секрета других желез (желез Литтре, Купера), которые так же, как и секрет простаты, необходимы для жизнедеятельности сперматозоидов. И, наконец, путем массажа мы можем не получить подвижных сперматозоидов, ибо они очень чувствительны к любой травматизации.

Перед получением эякулята свидетельствуемый не должен иметь сношений 7—10 дней, а после получения его дать возможность исследовать эксперту так называемую «последнюю каплю». Указанный срок является оптимальным для нормали-

зации сперматогенеза и вызревания сперматозоидов. Если исследование эякулята производилось после неоднократных в данные сутки половых актов, в нем будет минимальное количество сперматозоидов, представлены они будут иными незрелыми формами или вообще могут отсутствовать. Исследование последней капли исключает возможность подмены полученным заранее заведомо дефектным эякулятом.

В норме количество эякулята колеблется от 2 до 5 мл, однако объем его зависит от ряда причин, в частности от возраста и частоты половых сношений. При повторных сношениях, совершенных одно за другим, притом в течение относительно короткого времени, количество эякулята и сперматозоидов в нем резко уменьшается. Нормальное количество эякулята и сперматозоидов восстанавливается уже через 3—4 дня после последнего полового сношения.

Оптимальной средой для сперматозоидов является слабощелочная (Ph = 7,2 -7,4) среда, кислая для них губительна. Во влагалище реакция среды слабокислая. Для создания оптимальных условий во влагалище кислая реакция должна быть нейтрализована щелочью. Если эякулята недостаточно (менее 2 мл), то нейтрализации и некоторого временного ощелачивания влагалища может не наступить, а следовательно, сперматозоиды потеряют свою подвижность. Естественно, оплодотворение в данных условиях ожидать не приходится. Кроме того, уменьшение количества эякулята зависит от поражения половых желез, обтурации семявыносящих путей вследствие бывшего воспалительного процесса в них и в окружающих органах (предстательная железа, семенные пузырьки и др.). К 50 годам количество эякулята уменьшается, что связано с недостаточной функцией половых желез, предстательной железы и семенных пузырьков.

Семенная жидкость после получения имеет вязкую консистенцию и в норме сероватого-беловатого цвета, иногда с некоторым желтовато-буроватым оттенком, обладает резким специфическим запахом. Через 20—30 минут стояния при комнатной температуре (18—20°С) она разжижается полностью. Красный оттенок эякулята обусловлен примесью к нему крови, желтовато-зеленоватый — гноя, бурый может быть обусловлен некоторой давностью его получения, а также наблюдается у лиц пожилого возраста. После разжижения капля семенной жидкости наносится на предметное стекло, покрывает-

ся покровным и исследуется под микроскопом. Вначале исследование производится под малым увеличением — 80 -120 Х, затем под большим увеличением — 400—600 Х. В норме в 1 мл семенной жидкости содержится примерно 60—100 млн. сперматозоидов, а во всем эякуляте 200—400 млн.

Известно, что чем больше сперматозоидов в эякуляте, тем выше оплодотворяющие свойства его. С точки зрения оплодотворяющей способности эякулята имеет значение количество подвижных и наличие патологических форм сперматозоидов. В нормальном эякуляте должно быть 70—80% подвижных форм сперматозоидов, т. е. сперматозоидов, обладающих хорошим поступательным движением. К ненормальным формам относят гигантские, с пуговичкой, двойной, булавовидной и деформированной головками сперматозоиды с наличием в них ацидофильных вакуолей. Наблюдаются также сперматозоиды с двойными хвостами, с деформированной и утолщенной средней частью, толстошейные, кольцевидноизогнутой формы и т. д. (И. М. Порудоминский, 1960).

В нормальном эякуляте количество подвижных форм сперматозоидов через 1—2 часа может уменьшаться до 35—40%. Меньшее количество сперматозоидов соответствует олигозооспермии. По мере уменьшения количества подвижных сперматозоидов увеличивается количество неподвижных и атипичных форм.

При резко выраженной олигозооспермии возможность оплодотворения резко снижена (И. М. Порудоминский). Однако встречаются случаи наступления оплодотворения при небольшом, а иногда и очень низком количестве сперматозоидов, что подчеркивают Тайсер и Зиндер (1956). Хорошо известно, что высокая плодовитость одного из супругов может компенсировать дефекты другого.

Это обстоятельство является чрезвычайно важным, когда возникает вопрос о способности к оплодотворению лиц пожилого возраста, особенно в случаях их сожительства с молодой или не достигшей совершеннолетия женщиной, когда у последней вследствие этого сожительства возникает беременность. Поэтому в судебно-медицинской практике при установлении способности к оплодотворению наличие в поле зрения хотя бы одного сперматозоида нормального строения, обладающего хорошей подвижностью, не дает возможности исклю-

чить способность данного свидетельствуемого к оплодотворению.

Подсчет сперматозоидов производится в камере Горяева, предназначенной для подсчета форменных элементов крови.

Разжиженный эякулят набирают в смеситель для лейкоцитов до метки 0,5 (или при очень большом количестве сперматозоидов до метки 1,0). В тот же смеситель набирают физиологический раствор так, чтобы вся жидкость в смесителе поднялась до метки 11. Каплю раствора из смесителя подводят в камеру Горяева. Подсчет сперматозоидов ведется в пяти смежных больших квадратах по диагонали. Вначале сосчитываются все неподвижные сперматозоиды, затем повторно разводят сперму в смесителе так же, как и в первый раз, и добавляют для обездвиживания сперматозоидов содово-формалиновый раствор (1 мл формалина, 5 г двууглекислой соды и 100 мл воды по И. М. Порудоминскому), после чего сосчитывают все сперматозоиды в пяти квадратах. От общего количества сперматозоидов отнимается число неподвижных и получают число подвижных сперматозоидов. Зная количество всех сперматозоидов в 5 квадратах и количество неподвижных и подвижных сперматозоидов в пяти больших квадратах, легко находят процент подвижных и неподвижных сперматозоидов. Расчет сперматозоидов в 1 мл эякулята ведется по формуле:

$$X = \frac{а \cdot 4000 \cdot 1000 \cdot в}{б},$$

где X — количество сперматозоидов в 1 см^3, а — количество сперматозоидов в пяти больших квадратах, в — разведение эякулята, б — количество маленьких квадратов, входящих в состав больших.

Отношение $\frac{а}{б}$ устанавливает количество сперматозоидов в маленьком квадрате. Так как в большом квадрате камеры Горяева 16 маленьких, то общее количество маленьких квадратов в пяти больших — 80 (маленький квадрат соответствует $^1/_{4000}$ мм^3, а поскольку в 1 мм^3 сперматозоидов в 4000 раз больше, то в числителе указанной формулы ставится постоянная цифра 4000).

Учитывая, что в 1 см^3 содержится 1000 мм^3, то для установления количества сперматозоидов в 1 см^3 в числитель вводит-

ся второе постоянное число 1000; например, в 5 больших квадратах сосчитано 120 сперматозоидов, а разведение спермы было 20, т. е. последняя набиралась в смеситель до цифры 0,5 и далее смеситель заполнялся физиологическим раствором до цифры 11, следовательно, количество сперматозоидов по данной формуле в 1 см³ будет:

$$X = \frac{120 \cdot 4000 \cdot 1000 \cdot 20}{80} = 120\,000\,000.$$

Для облегчения подсчета сперматозоидов при условии разведения в 20 раз необходимо количество сперматозоидов в пяти больших квадратах умножить на 1 000 000, что соответствует количеству сперматозоидов в 1 см³, а для подсчета их во всем эякуляте это количество умножить на количество см³ эякулята.

В судебно-медицинской практике нельзя исключить способность к оплодотворению у мужчин, у которых в поле зрения имеется хотя бы один нормальный сперматозоид. В этом случае ослабленная плодовитость мужчины может корригироваться повышенной плодовитостью женщины и рядом иных условий, из которых следует отметить относительно небольшое расстояние наружного зева от отверстия входа во влагалище, что имеет место чаще у девочек, в результате чего семенная жидкость может попасть непосредственно в наружный зев матки, минуя влагалище. Подсчет сперматозоидов может быть произведен для общей характеристики плодовитости мужчины.

Следует сказать о так называемой некроспермии, т. е. полной неподвижности сперматозоидов.

Нам ни разу не пришлось наблюдать настоящей теоретически обоснованной некроспермии. Она в наших наблюдениях была обусловлена погрешностями и ошибками в получении и хранении эякулята. Иногда дела о спорном отцовстве возбуждались после того, как истец обследовался у уролога и был установлен диагноз некроспермии. Возмутившись неверностью жены, истец возбуждал дело о разводе и признании недействительной записи об отцовстве. При получении и исследовании семенной жидкости во время освидетельствования, как правило, во всех случаях сперматозоиды оказывались хорошо подвижными. Как выяснилось, семенная жидкость ранее собиралась в презервативе или из него переливалась в стеклянную,

посуду (пробирку, чашку Петри и др.). Так как неподвижность сперматозоидов может наступать под влиянием резины презерватива, для получения и транспортировки эякулята необходимо использовать только чистую стеклянную посуду.

Неподвижность сперматозоидов теоретически возможна. Это зависит от отсутствия или незначительного количества фруктозы, которая образуется главным образом в семенных пузырьках и является источником энергии для сперматозоидов. По содержанию фруктозы можно также судить о функциональном состоянии половых желез в отношении выработки ими полового гормона. При поражении семенных пузырьков резко снижается содержание фруктозы в эякуляте, что может привести к некроспермии. В случае некроспермии необходимо установить ее причину.

При выявлении значительного количества патологических форм сперматозоидов следует произвести повторное исследование эякулята. Появление патологических форм сперматозоидов может быть обусловлено нарушениями сперматогенеза или неоднократно совершенными незадолго до этого половыми актами. Исследование и подсчет таких сперматозоидов лучше всего производить с помощью иммерсионной системы на окрашенных препаратах.

В семенной жидкости при микроскопии наряду со сперматозоидами подсчитываются лейкоциты, эритроциты, эпителиальные клетки и лецитиновые зерна.

Для решения вопроса о способности к оплодотворению необходимо, по возможности, неоднократное исследование эякулята с интервалами 7—10 дней. В случае возникновения малейшего сомнения повторное исследование эякулята через указанные сроки следует считать обязательным. Исследование эякулята должно производиться экспертом, производящим экспертизу, или в биологическом отделении лаборатории Бюро судебно-медицинской экспертизы. В заключении возможны следующие варианты:

«1. На основании судебно-медицинского исследования гр..., ...лет и данных... следует считать, что он к оплодотворению способен».

«2. На основании судебно-медицинского исследования гр..., ...лет и данных... исключить способность его к оплодотворению нельзя».

«3. На основании судебно-медицинского исследования гр..., ...лет, данных неоднократного (2-, 3-кратного) исследования спермы (семенной жидкости) под микроскопом вскоре после ее получения следует считать, что гр-н... к оплодотворению не способен вследствие...».

«4. При судебно-медицинском исследовании гр..., лет... выявлено врожденное недоразвитие обоих яичек. При исследовании спермы (семенной жидкости) под микроскопом вскоре после ее получения сперматозоидов не обнаружено. На основании изложенного следует считать, что он к оплодотворению не способен».

«5. При судебно-медицинском исследовании гр..., лет... обнаружено... При неоднократном исследовании семенной жидкости под микроскопом выявлены единичные нормальные сперматозоиды, обладающие хорошим поступательным движением. На основании сказанного исключить способность к оплодотворению гр... нельзя, однако можно думать, что вероятность оплодотворения у него снижена».

Наблюдение 2. Гр-н П. обратился с иском в народный суд об анулировании записи отцовства.

Со слов свидетельствуемого, в августе 1955 г. он зарегистрировал брак с гр-кой Т. В течение 3 лет детей не было. Обратился с целью проверки в Центральную химико-бактериологическую лабораторию для исследования спермы. Сперматозоидов обнаружено не было. У жены в 1960 г. родилась дочь, а в 1962 г. — сын. В 1962 г. вновь обратился в указанную выше лабораторию. Сперматозоиды вновь не были обнаружены. Считает, что дети не его. Половая жизнь с 19 лет со знакомой женщиной, в дальнейшем — с малознакомыми женщинами, с 25 лет — с женой. Кроме жены, совершал половые акты с другими женщинами, причем ни разу ни у одной из них не наступила беременность. Половые акты всегда совершал нормальные, с хорошим напряжением полового члена, заканчивающиеся извержением спермы. Детских заболеваний не помнит, в дальнейшем болел гриппом, ангиной. Туберкулезом, венерическими болезнями не болел. С радиоактивными веществами не соприкасался. Курит в течение 20 лет по 20—25 шт. папирос в день. Алкоголем не злоупотребляет.

При объективном исследовании: правильного телосложения, удовлетворительного питания, рост 164 см. Мускулатура на туловище и конечностях развита хорошо. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области хорошо выражено, рост волос в лобковой области по мужскому типу, завитками. Оволосение распространяется на передне-внутренние поверхности бедер и промежность. Эпигастральный угол прямой. Тургор кожи хороший. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Брюшные рефлексы и рефлексы кремастерные живые. Половой член длиной 10,5 см, шириной в средней трети — 2,6 см, в области головки — 3 см. Крайняя плоть собрана в складки позади головки. Из наружного отверстия уретры выделений нет. Половой член без уплотнений и изменений. Яички в мошон-

ке резко уменьшены в размерах: правое — 2,3×1,5×1 см, левое — 2,4×1,4×1 см, мягкоэластической консистенции. Предстательная железа хорошо выражена, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, эластической консистенции, границы определяются, семенные пузырьки не прощупываются.

Предложено дать сперму путем мастурбации. Получено около 3 мл сероватой вязкой жидкости с резким специфическим запахом спермы. При исследовании ее после разжижения сперматозоидов не найдено. Обнаружены многочисленные лецитиновые зерна, единичные лейкоциты и эпителиальные клетки.

Явился повторно через 7 дней. Путем мастурбации получено около 3 мл сероватой вязкой жидкости, имеющей резкий запах спермы. При исследовании последней обнаружены единичные лейкоциты и эпителиальные клетки, много лецитиновых зерен, небольшое количество амилоидных телец, сперматозоиды не найдены.

Через 10 дней произведено в 3-й раз исследование спермы: сперматозоиды не найдены, обнаружены единичные лейкоциты, эпителиальные клетки, множество лецитиновых зерен.

Анализ спермы гр-на П. от 31.VII 1962 г. из Центральной химико-бактериологической лаборатории: лейкоциты — 35—40 в поле зрения, лецитиновые зерна — в большом количестве; сперматозоиды не обнаружены, найдены трихомонады.

На основании судебно-медицинского исследования дано заключение, что гр-н П. к оплодотворению в настоящее время не способен и не был способен ранее вследствие врожденного недоразвития яичек.

Наблюдение 3. Гр-ка З. предъявила иск к гр-ну З. на алименты на содержание дочери. Гр-н З., 37 лет, пояснил, что он не считает себя отцом ребенка своей жены. В браке с ней состоит с мая 1952 г. Половые сношения нормальные, частые, без предохранения, всегда заканчивались извержением спермы. Беременностей ранее у жены не было. Отмечает также, что у других женщин, с которыми имел половые сношения до брака и после брака, беременностей не было. Половой жизнью начал жить с 17 лет. Последнее половое сношение с женой было 3 месяца назад. Эрекции бывают нормальные. Поллюции не бывают. Онанизмом не занимался. Последнее половое сношение с женщиной — 2 дня назад. В детстве болел малярией, дизентерией. Венерическими болезнями не болел. В 1947—1948 гг. болел туберкулезом легких. В настоящее время снят с учета в тубдиспансере. Алкоголь употреблял много, сейчас редко. Курит много. Наркотиков не употребляет.

При объективном исследовании: правильного телосложения, удовлетворительного питания с хорошо развитой мускулатурой. Рост 174 см. Тургор кожи хороший. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области хорошо выражено, волосы распространяются на бедра и переднюю брюшную стенку. Брюшные и кремастерные рефлексы живые. Половой член длиной 8 см, шириной в средней трети—2,5 см, в области головки — 2,8 см. Крайняя плоть собрана в складки позади головки. Из наружного отверстия мочеиспускательного канала выделений нет. Половой член без изменений. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — и левое — 4,5×4×3,5 см, придатки их без уплотнений. Предстательная железа эластической консистенции, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, границы и срединная бороздка определяются, семенные пузырьки не прощупы-

ваются. Путем мастурбации получено около 2,5 мл вязкой сероватой жидкости, обладающей резким характерным запахом спермы. При исследовании ее тотчас после разжижения под микроскопом обнаружено до 200—250 сперматозоидов в поле зрения (при увеличении 8×15 X). Часть из них (около 20%) нормального строения, обладают хорошей подвижностью. Лецитиновых зерен немного, имеются единичные амилоидные тельца.

На основании судебно-медицинского исследования дано заключение, что при исследовании гр-на З. каких-либо изменений со стороны половых органов не обнаружено. При исследовании семенной жидкости, полученной путем мастурбации через 2 дня после последнего полового сношения (со слов свидетельствуемого), часть сперматозоидов (около 20%) обладает активной подвижностью и имеет нормальное строение. Это обстоятельство не дает возможности исключить способность его к оплодотворению.

Наблюдение 4. Гр-н Ц., 27 лет, студент, совершил изнасилование в парке несовершеннолетней гр-ки М., причем впоследствии ей было произведено прерывание беременности на поздних сроках в больничных условиях.

Со слов свидетельствуемого, он совершил половой акт с гр-кой М., но это было по обоюдному согласию. Изнасилование отрицает категорически. До встречи с гр-кой М. имел половую связь с другой женщиной, от которой заразился гонореей, лечился в вендиспансере. Заболеваний в детстве не знает, в дальнейшем ничем не болел. Не курит, алкоголь употребляет редко в небольшом количестве.

Данные объективного исследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя — 168 см, сидя — 90 см. Грудная клетка цилиндрической формы. Эпигастральный угол острый. Мускулатура на туловище и конечностях хорошо развита. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области хорошо выражено, рост волос по мужскому типу. Брюшные и кремастерные рефлексы живые. Половой член длиной 8 см, шириной в средней трети — 2,8 см, в области головки — 3 см. Крайняя плоть почти полностью прикрывает головку и легко ее освобождает. Выделений из уретры нет. Губки наружного отверстия уретры обычного вида, не отечны и не гиперемированы. Половой член без изменений. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 4,5×3×2,8 см, левое — 4×3×3 см. Придатки их без уплотнений и изменений. Предстательная железа хорошо выражена, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, эластической консистенции, границы и срединная бороздка определяются. Семенные пузырьки не прощупываются. Предложено дать сперму путем мастурбации. Получить сперму не смог. Произведен массаж семенных пузырьков и предстательной железы, при этом получено 2—3 капли сероватой вязкой жидкости. При исследовании последней под микроскопом обнаружено (окуляр — 15, объектив — 8, 40): значительное количество подвижных нормального строения сперматозоидов, часть сперматозоидов не подвижна; большое количество лецитиновых зерен; единичные лейкоциты. При массаже простаты и семенных пузырьков появилась полная эрекция.

На основании судебно-медицинского исследования дано заключение, что гр-н Ц. совершать половые акты способен и способен к оплодотворению. Телесных повреждений у него не обнаружено.

ГЛАВА III

ЭКСПЕРТИЗА ПОЛОВОЙ ЗРЕЛОСТИ

При половых преступлениях судебно-медицинскому эксперту нередко приходится устанавливать половую зрелость у мужчин, что предусмотрено ст. 119 УК РСФСР, а также в случаях изнасилования и гомосексуализма (ст. 117 и 121 УК РСФСР).

М. И. Авдеев (1955) в понятие «половая зрелость» у мужчин включает достижение способности мужчины к совершению половых актов и способности к оплодотворению. Такого же мнения придерживается и ряд других авторов. Так, Л. Я. Мильман (1965) определяет половую зрелость как «период жизни», в течение которого организм, достигнув морфологического и функционального развития, способен к воспроизведению потомства. Б. М. Семенов (1965) определяет половую зрелость «как достижение такого периода, когда общее физическое развитие и функциональное состояние половых желез допускают половую деятельность (совокупление и оплодотворение) без ущерба для дальнейшего развития организма».

Экспертиза половой зрелости у мужчин в методическом отношении проводится в той последовательности, которая изложена в главе о половой способности с детализацией и уточнением некоторых данных, специфических для этой экспертизы. При собирании анамнеза обращают внимание на заболевания органов внутренней секреции, тяжелые, истощающие и инфекционные заболевания, заболевания раннего детства (эпидемический паротит и др.), травмы половых органов и костей таза с возможным повреждением уретры, энурез (если он имел место, то какова причина, вызвавшая его, не имеется ли spina biffida).

Следует отметить поллюции, как часто они бывают и когда появились впервые, проявлял ли свидетельствуемый повышенный интерес к половым органам, не занимался ли онанизмом (когда впервые, как часто и с чем было связано), не было ли попыток к развращению со стороны посторонних лиц. Необходимо подробно выяснить вредные привычки (курение, интенсивность в течение недели, в течение суток, употребление алкоголя, как часто и как много).

При объективном исследовании обращают внимание на оволосение на лице, на тембр голоса. Высокий голос часто свидетельствует о недостаточном развитии органов внутренней секреции, в частности, о недоразвитии половых органов (яичек). Осматривается щитовидный хрящ (выстоит кпереди значительно, слабо, не выстоит), полость рта, зубы (количество зубов, имеются ли зубы мудрости).

Измеряется рост стоя, сидя, окружность грудной клетки в покое, на уровне глубокого вдоха и полного выдоха с установлением ее формы (цилиндрическая, килевидная и т. д.). Для каждой возрастной группы характерны средние величины роста и окружности грудной клетки, которыми можно пользоваться для сопоставления полученных результатов (табл. 1).

Таблица 1

Некоторые показатели физического развития в см (по Б. М. Семенову)

Показатель	Возрастные группы				
	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет
Рост стоя	160±5,6	164±6,7	168±6,2	169±4,7	169±6,5
Рост сидя	84±3,6	84±3,9	87±5,1	88±3,9	89±3,5
Окружность грудной клетки	79±6,8	81±5,1	86±5,9	87±5,1	88±4,3

Отмечают интенсивность оволосения в подмышечных ямках (хорошо выражено, слабо выражено), тип оволосения в лобковой области (мужской или женский), оволосение на груди и животе.

После исследования полового члена мошонка и яички исследуются так же, как указано в разделе экспертизы половой способности.

Для сравнения полученных данных с нормой целесообразно пользоваться таблицей Б. М. Семенова (табл. 2).

Таблица 2

Размеры половых органов мужчин в см (по Б. М. Семенову)

Половые органы	Возрастные группы				
	14 лет	15 лет	16 лет	17 лет	18 лет
Половой член:					
длина	6,9±1,9	8,6±1,5	8,8±1,1	9,1±1,4	9,1±1,4
ширина в средней трети	2,3±0,5	2,7±0,4	2,8±0,4	2,8±0,4	2,8±0,4
ширина в области головки	2,5±0,6	3,0±0,4	3,0±04	3 ±0,4	3 ±0,4
Яичко правое:					
длина	3,7±0,9	4,2±0,9	4,3±0,6	4,5±0,5	4,5±0,5
ширина	2,4±0,5	2,8±0,6	2,8±0,6	2,9±0,5	2,9±0,6
толщина	2,0±0,6	2,3±0,5	2,5±0,6	2,6±0,4	2,6±0,5
Яичко левое:					
длина	3,8±0,9	4,1±0,9	4,4±0,6	4,5±0,5	4,6±0,8
ширина	2,3±0,5	2,8±0,7	2,8±0,6	2,8±0,5	3,0±0,6
толщина	2,0±0,5	2,3±0,5	2,4±0,4	2,5±0,4	2,5±0,4

Нами замечено, что если юноша раньше времени начинает интересоваться половой жизнью, рано ее начинает, бурно и рано занимается онанизмом, то у него могут наблюдаться отклонения в размерах его половых органов в сторону их увеличения.

Внутренние половые органы, в частности предстательная железа, в связи с ростом всего организма увеличивается в размерах и в процессе своего формирования приобретает эластическую консистенцию, хорошо прощупывается, имеет вид крупного лесного ореха или небольшого каштана с гладкой поверхностью.

Семенные пузырьки в норме не прощупываются.

Большинство авторов считает, что при определении половой зрелости необходимо установить способность к оплодотворению, т. е., по их мнению, необходимо исследовать семенную жидкость.

Однако следует подчеркнуть, что получение семенной жидкости не во всех случаях у мужчин возможно при однократном исследовании, да и результат при этом может не всегда быть принят во внимание. Кроме того, получение семенной жидкости подчас представляет значительные затруднения. Для суждения о способности к оплодотворению необходимы ее неоднократные исследования, что является в ряде случаев недопустимым в отношении подростков. Могут встретиться затруднения при получении семенной жидкости вследствие препятствия в области семявыносящих путей (рубцовая ткань, развившаяся в результате травмы). В этом случае семенная жидкость может отсутствовать, в то время как инкреторная деятельность яичек полностью сохранена. Мы полагаем, что вопрос о достижении половой зрелости у мужчин может быть решен и без исследования эякулята, тем более, что выработка семенных нитей начинается, как правило, задолго до достижения половой зрелости.

Решать вопрос о достижении половой зрелости подростков следует, имея данные всестороннего исследования, а в ряде случаев используя дополнительные исследования (рентгенологическое с целью исследования окостенения, биологическое — для исследования эякулята и др.). О достижении подростком половой зрелости можно судить, если имеются нормальные данные общего развития, хорошо выраженные вторичные половые признаки, нормально развитые половые органы с хорошо развитыми внутренними половыми органами (предстательная железа, яички).

В случае отставания в развитии предстательной железы при нормальном развитии вторичных половых признаков, наружных половых органов, яичек и нормальных данных общего развития высказаться положительно о достижении подростком половой зрелости не представляется возможным.

В заключениях возможны следующие варианты:

«1. На основании... половой зрелости достиг и совершать половые акты способен».

«2. На основании... половой зрелости не достиг, но совершать половые акты способен».

«3. На основании... половой зрелости не достиг и совершать половые акты не способен».

В качестве примеров приводим следующие наблюдения.

Наблюдение 5. Г-н П., 16 лет, вместе с товарищем гр-ном Ю, 16 лет 2 мес., после выпивки на улице сзади набросились на незнакомую женщину, повалили на землю, порвали на ней платье, трусы. Однако больше ничего сделать не успели, так как выбежавшие из соседних домов граждане помешали.

Гр-н П. сообщил, что он с товарищем перед указанным выше событием выпил две бутылки красного вина. Половые акты никогда не совершал. Онанизмом занимался изредка. Поллюции появились впервые полгода тому назад, сопровождаются эротическими сновидениями. Заболеваний в раннем детстве не знает. В дальнейшем болел воспалением легких, ангиной, гриппом. Туберкулезом не болел. Курит с 14 лет по 10—12 сигарет в день. Алкоголь употребляет изредка (после получки).

При объективном исследовании: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя — 166 см, сидя — 84 см. Голос не грубый. Волосы на лице пушковые. Зубов 28. Щитовидный хрящ слабо выступает кпереди. Грудная клетка цилиндрической формы окружностью 86—89—85 см. Эпигастральный угол острый. Брюшные и кремастерные рефлексы живые. Оволосение в подмышечных ямках слабо выражено. В лобковой области выражено умеренно, рост волос здесь по женскому типу. Половой член длиной 5 см, шириной в средней трети — 2,1 см, в области головки — 2,3 см. Крайняя плоть полностью прикрывает головку и легко ее освобождает. Из наружного отверстия уретры выделений нет. Половой член без изменений. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 3,9×2,5×2,2 см, левое — 4×2,5×2,2 см. Придатки их без уплотнений. Предстательная железа слабо развита, мягкоэластической консистенции, обе доли ее маленькие, граница и срединная бороздка определяются, семенные пузырьки не прощупываются. При легком массаже простаты и семенных пузырьков появилась эрекция, половой член стал длиной 10 см, шириной в средней трети — 3 см, а в области головки — 3,4 см.

На основании судебно-медицинского исследования дано заключение, что гр-н П. половой зрелости не достиг, но совершать половые акты способен.

Наблюдение 6. Гр-н В., 16 лет 10 мес., вместе с товарищами участвовал в изнасиловании неизвестной женщины.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

«1. Достиг ли гр-н В. половой зрелости?

2. Способен ли он совершать половые акты?».

Гр-н В. рассказал, что на улице он вместе с товарищами остановил неизвестную женщину и в подъезде строящегося дома, куда ее затащили, пытался совершить с ней половой акт. До этого случая половые акты не совершал. Заболеваний в детстве не знает, в дальнейшем ничем не болел. Поллюции бывают не часто, сопровождаются эротическими сновидениями. Онанизмом пытался заниматься в условиях изоляции. Курит в течение года по 5—6 сигарет или папирос в день. Алкоголь употребляет редко, по праздникам.

При объективном исследовании: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя — 165 см, сидя — 88 см. Голос грубый. Волосы на верхней губе до 1 см. Щитовидный хрящ выступает кпереди значительно. Зубы мудрости отсутствуют. Грудная клетка цилиндрической формы окружностью 88—92—88 см. Эпигастральный угол острый. Тургор кожи

хороший. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области выражено хорошо. Брюшные и кремастерные рефлексы ослаблены. Половой член длиной 8,5 см, шириной в средней трети—2,5 см, в области головки—2,5 см. Крайняя плоть почти полностью прикрывает головку и легко ее освобождает. Из наружного отверстия уретры выделений нет. Половой член без изменений. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 4,5×2,6×3 см, левое — 5×2,5×2,3 см. Придатки их без уплотнений. Предстательная железа хорошо развита, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, эластической консистенции, границы и срединная бороздка определяются. Семенные пузырьки не прощупываются. При легком массаже простаты и семенных пузырьков появилась эрекция. Половой член стал длиной 12,5 см, шириной в средней трети — 3,5 см, в области головки — 3 см.

На основании судебно-медицинского исследования дано заключение, что гр-н В. половой зрелости достиг и половые акты совершать способен.

ГЛАВА IV

ЭКСПЕРТИЗА ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Судебно-медицинская венерологическая экспертиза производится в случаях заражения венерической болезнью, что встречается при изнасиловании, добровольном совершении половых актов и бытовом контакте. Наряду с этим указанная экспертиза производится в бракоразводных делах, в случаях оскорблений и др.

В Советском Союзе ликвидированы две венерические болезни полностью — мягкий шанкр и четвертая венерическая болезнь, поэтому при изложении данной главы мы будем касаться сифилиса и гонореи, т. е. тех заболеваний, в отношении которых проводится экспертиза. Следует иметь в виду, что у одного и того же человека могут быть оба заболевания одновременно.

В связи с возникновением дел, связанных с венерическими болезнями, судебно-следственные органы интересуются рядом вопросов, среди которых наибольшее значение имеют следующие:

1. Страдает ли свидетельствуемый венерическим заболеванием, если да, то каким?

2. Когда наступило заражение?

3. Кто является источником заражения?

Прежде чем перейти к изложению порядка проведения экспертизы, следует остановиться на клинике заболеваний.

Различают следующие стадии сифилиса.

1. Сифилис первичный (1 стадия):

а) серонегативный,
б) серопозитивный.

2. Сифилис вторичный (2 стадия):
а) вторичный свежий;
б) вторичный рецидивный.

3. Сифилис третичный (3 стадия).

Наиболее характерным проявлением первичного сифилиса является первичная язва — твердый шанкр. Он возникает в месте первичного внедрения бледной спирохеты, отличается отсутствием остро воспалительных явлений, инфильтратом в основании, имеет ровные края, блюдцеобразно спускающиеся, ровное дно мясо-красного цвета, блестящее (лаковое) или покрытое сероватой пленкой (цвета порченого сала). Твердый шанкр появляется, как правило, через 3—4 недели с момента заражения. Наименьший срок появления твердого шанкра — 10 дней, наибольший — 75—100 дней. Одновременно с твердым шанкром появляется местный (регионарный) аденит. Для первичного серонегативного сифилиса характерен отрицательный результат серологических реакций (реакция Вассермана и осадочные реакции). Через 6—8 недель с момента заражения и через 3—4 недели после появления твердого шанкра серореакции становятся положительными (серопозитивный период). Через 8—10 недель с момента инфицирования появляется сыпь. С этого момента начинается вторичный период сифилиса. В первую половину этого периода сыпь обычно обильная розеолезно-папулезная с преимущественной локализацией на боковых поверхностях туловища. В начале вторичного свежего сифилиса сохраняется первичная сифилома. Через 2—3 месяца сыпь постепенно исчезает, уступая место скудной в основном папулезной сыпи, которая имеет тенденцию к группировке элементов с образованием фигур (дуг, колец и т. п.). Элементы сами по себе большей величины и характерны для вторичного рецидивного сифилиса. Они появляются через 4—5 месяцев после инфицирования, причем чем больше времени прошло с момента заражения, тем меньше обнаруживается элементов сыпи.

При вторичном сифилисе могут появиться эрозивные и гипертрофические папулы в полости рта, в области гениталий, заднего прохода, в складках кожи, подверженных мацерации. В этот период существует наибольшая опасность заражения,

так как в отделяемом эрозий и язв огромное количество бледных спирохет.

Сифилитический специфический инфильтрат, располагающийся на слизистой оболочке полости рта, мягкого неба, полости носа и перегородки его, распадаясь, может привести к разрушению ткани с последующим рубцеванием и деформацией органа.

Для вторичного рецидивного сифилиса, кроме того, характерна сифилитическая лейкодерма. Она возникает к концу первого полугодия после заражения. Чаще наблюдается у женщин, средние сроки ее появления 6—7 месяцев с момента заражения, наименьший срок — 4 месяца, наибольший — 4—5 лет.

Другим характерным признаком вторичного сифилиса является мелкогнездное облысение (alopetia areolata) в виде мелких очагов, разбросанных по всей волосистой части головы, последняя получает сходство с мехом, побитым молью. Кожа на участках облысения не имеет ни воспалительных явлений, ни шелушения.

При отсутствии соответствующего специфического лечения вторичный сифилис переходит в третью стадию (третичный сифилис).

Проявления третичного сифилиса не имеют распространенного характера и они представлены специфическими гранулемами, которые при обратном развитии замещаются рубцовой тканью, что приводит к тем или иным нарушениям функции пораженного органа в зависимости от локализации поражения. Особенно серьезные последствия возникают при развитии гранулем в мозге, в сердце и других жизненно важных органах.

Третичный период практически считается незаразным. Однако заражение может наступить, если гумозный инфильтрат распадается и вскрывается наружу. Это касается в основном поверхностно расположенных гумм. Третичные поражения кожи проявляются в виде бугорков и гуммозных узлов. Они возникают у нелеченых больных чаще на 3—4-м году заболевания. Наименьший зафиксированный срок появления третичных поражений — 7 месяцев. Иногда локализацию третичных поражений определяют внешние травмирующие моменты. В месте травматизации нередко возникают гуммы, последние

появляются и в области ожогов. Бугорки небольшой величины (до размеров кедрового ореха) возникают и располагаются в дерме, преимущественно в более глубоких ее слоях, и не имеют тенденции к периферическому росту после своего сформирования. Гуммы появляются иногда в подкожной клетчатке, имея тенденцию к периферическому росту. При поражении внутренних органов могут наблюдаться сплошные гуммозные инфильтраты с разрастанием соединительной ткани и образованием рубцов.

Отдельно следует указать на третичную эритему. Эта редкая форма третичного сифилиса проявляется через 3—6 лет после заражения. Эритема имеет крупные размеры, локализуется на конечностях и в области крестца. В процессе обратного развития на ее месте остается атрофическое пятно.

Другим заболеванием, интересующим нас, является гонорея.

Различают следующие формы гонореи.

1. Гонорея свежая:
   а) острая,
   б) подострая,
   в) торпидная.
2. Хроническая гонорея.
3. Латентная гонорея.

Гонорею считают свежей, если заражение наступило в пределах 2 месяцев до момента ее диагностики. При острой и подострой форме гонореи гнойные выделения и резь при мочеиспускании появляются, как правило, через 3—7 дней после заражения.

Свежая торпидная гонорея характеризуется незначительными проявлениями заболевания или даже отсутствием симптоматики. Однако в этом случае гонококки, как правило, обнаруживаются в выделениях.

Под хронической гонореей понимают вяло протекающее заболевание продолжительностью более 2 месяцев или когда давность установить не представляется возможным. Следует учитывать возможность обострения хронического процесса и тогда он может протекать по типу свежей гонореи.

При латентной гонорее у больных не удается обнаружить ни клинических симптомов заболевания, ни гонококков, в то время как эти больные являются заведомо источниками заражения гонореей.

Экспертиза венерического заболевания проводится по единому плану, изложенному в главе «Экспертиза способности к половой жизни». Однако, учитывая ряд специфических особенностей венерологической экспертизы, следует подробно ознакомиться с имеющимися материалами дела, что особенно важно, ибо эти сведения могут дать основание для детализации при выяснении анамнестических сведений. Необходимо подробно выяснить все обстоятельства, которые прямо или косвенно могут указать на наличие у свидетельствуемого венерического заболевания.

Следует иметь в виду, что в настоящее время для лечения многих заболеваний, в том числе и венерических, применяются антибиотики. Применение даже небольших доз антибиотиков по поводу какого-нибудь другого заболевания может привести к исчезновению гонококков в выделениях, симптоматика заболевания стушевывается, инкубационный период удлиняется. При сифилисе, леченном антибиотиками, прием их в относительно небольших дозах приводит к тому, что первичные его проявления стушевываются, бледные спирохеты из отделяемого язв и эрозий могут на время исчезнуть.

При наличии венерических заболеваний в прошлом необходимо подробно выяснить их характер, течение и лечение. Следует точно фиксировать лечебные учреждения, где проводилось лечение. Необходимо собрать подробные сведения о лечении, исходе и рецидивах заболевания. Надо уточнить, не принимал ли свидетельствуемый антибиотики по поводу какого-либо заболевания вообще. Если принимал, то как интенсивно и какое количество.

Особо обращают внимание на половые контакты свидетельствуемого.

При объективном исследовании осматривают тщательно голову, имея в виду наличие проявлений сифилиса, слизистую полости рта, носа. Обращают внимание на форму носа. Наличие в области зева ярко-малинового окрашивания с четкими границами без гнойных пробок и отеков при нормальной температуре тела — специфическая ангина — должно насторожить эксперта в отношении сифилиса. Рубцы и дефекты мягкого неба также могут быть следствием сифилиса. Надо помнить, что твердый шанкр может располагаться и на губах. Известны случаи расположения твердого шанкра на языке и небных

миндалинах. На слизистой полости рта, на щеках при вторичном сифилисе часто находят эрозивные папулы.

Необходимо тщательно осмотреть кожные покровы всего тела на предмет выявления проявлений сифилиса.

При осмотре и ощупывании лимфатических узлов следует обратить внимание на их величину, консистенцию, болезненность, спаянность с окружающими тканями и количество. Для сифилиса характерны безболезненные плотные (хрящевой консистенции) лимфатические узлы, увеличенные в размерах, не спаянные с подлежащими тканями (склераденит). Последний в начале заболевания захватывает лишь регионарные узлы вблизи внедрения бледной спирохеты. В дальнейшем в связи с генерализацией процесса лимфоузлы поражаются повсеместно — распространенный склераденит, характерный для вторичного сифилиса.

При лечении сифилиса в ягодичной области можно выявить следы от уколов иглой шприца и инфильтраты в результате внутримышечного введения лекарств. При лечении сифилиса препаратами бисмута (биохинол), ртутью и другими рентгенография области введения препарата в течение длительного времени дает положительные результаты, фиксируя наличие металла.

Особенно тщательно следует осматривать половые органы, так как они являются, как правило, входными воротами инфекции и более частым местом расположения твердого шанкра, который чаще встречается на головке полового члена, внутреннем листке крайней плоти и в области уздечки, однако иногда встречается на мошонке и внутренних поверхностях бедер.

При исследовании уретры отмечают состояние губок наружного отверстия, имеются ли выделения, характер их (гнойные, слизисто-гнойные, слизистые, серозные) и обилие их (обильное, умеренное количество, скудные).

Для характеристики воспалительного процесса в мочеиспускательном канале и диагностики поражения уретры у мужчин необходимо сделать двухстаканную пробу. Для этого свидетельствуемому предлагают помочиться последовательно в два стеклянных сосуда. В случаях острого воспалительного процесса в передней уретре 1-я порция мочи мутная, 2-я — прозрачная. Если воспалительный процесс локализуется в задней уретре, то обе порции мочи будут мутными. Степень по-

мутнения мочи зависит от остроты воспалительного процесса.

Осмотр яичек и их придатков, предстательной железы и семенных пузырьков производят по принятой методике. Поражение этих органов наблюдается при гонорее. В этом случае воспалительный процесс протекает очень остро со значительным повышением температуры тела.

При осмотре области заднего прохода обращают внимание на проявления как первичного сифилиса — твердый шанкр, так и вторичного — папулы, широкие кондиломы. Иногда может иметь место поражение слизистой прямой кишки гонорейным процессом (гонорейный проктит).

Окончательный диагноз венерического заболевания устанавливается: в случаях сифилиса — после проведения серологического исследования крови и, при необходимости, спинномозговой жидкости (реакция Вассермана и осадочные реакции), исследования на бледную спирохету соскоба с твердого шанкра, папул или эрозий, а также исследования пунктата из лимфатического узла. В случаях гонореи — после бактериологического исследования отделяемого уретры на гонококки (мазок, посев), если имеется необходимость, промывных вод из прямой кишки.

В некоторых случаях, особенно когда есть подозрение на то, что свидетельствуемый мог принимать антибиотики, можно применить инструментальное исследование уретры (уретроскопия). Картина так называемого мягкого инфильтрата (интенсивная гиперемия слизистой, исчезновение сосудистого рисунка и резкий отек) может указывать на возможное гонорейное воспаление слизистой мочеиспускательного канала. В среднем мягкий инфильтрат может сохраняться в течение двух недель.

В случаях хронической гонореи более характерна при уретроскопии картина твердого инфильтрата, при котором превалируют процессы образования рубцовой ткани. При хронической гонорее нередко наблюдается значительное диффузное сужение мочеиспускательного канала.

При подозрении на органный сифилис большую помощь, особенно в случаях поражения центральной нервной системы, следует ожидать от невропатолога; неврологическое обследование в ряде случаев позволяет прийти к правильным выводам.

Наблюдение 7. Гр-ка Б. 7.XI 1965 г. около 19 часов была изнасилована группой ребят, среди которых был гр-н С. При обследовании после этого у гр-ки Б. обнаружено венерическое заболевание — гонорея. Со слов гр-на С., он 7.XI-65 г. во дворе школы № 76 совершил половой акт с гр-кой Б. В тот же день он был задержан. 12.XI-65 г. в следственном изоляторе № 2 почувствовал выделения из мочеиспускательного канала и резь при мочеиспускании. До этого случая половых актов долгое время не совершал. 24.I-65 г. был освобожден из исправительно-трудовой колонии, где находился 3 года. Половая жизнь с 16 лет со знакомой женщиной. Половые акты протекали нормально с хорошим напряжением полового члена, всегда заканчивались извержением спермы. Заболеваний в детстве не знает. В дальнейшем болел дизентерией. Находился на учете в туберкулезном диспансере в связи с туберкулезной интоксикацией. В 1962 г. перенес операцию аппендэктомии и операцию по поводу ранения кишечника. Венерическими болезнями не болел.

Данные объективного исследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя—172 см, сидя—90 см. Мускулатура на туловище и конечностях развита хорошо. Эпигастральный угол прямой, тургор кожи хороший. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области хорошо выражено. Рост волос в лобковой области по мужскому типу. Брюшные и кремастерные рефлексы живые. Кожные покровы обычной окраски, без высыпаний. Лимфатические паховые узлы не увеличены, эластической консистенции, не спаяны с окружающей тканью, безболезненные. Половой член длиной 10 см, шириной в средней трети — 2,7 см, в области головки — 3 см. Крайняя плоть не полностью прикрывает головку и легко ее освобождает. Из наружного отверстия уретры выделений нет. Губки его без покраснений, не отечны. Уретра наощупь не уплотнена. Не мочился 3 часа. 1-я порция мочи прозрачная с единичными плавающими хлопьями, 2-я — чистая и прозрачная. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 4,7×2,7×3 см, левое — 5,3×3×2,7 см, придатки их без уплотнений. Предстательная железа не увеличена, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, эластической консистенции. Границы и срединная борозда определяются, семенные пузырьки не прощупываются. Из справки специзолятора № 2 известно, что у гр-на С., 19 лет, по прибытии в специзолятор 11.XI-65 г. были обнаружены гнойные выделения из мочеиспускательного канала. Для лечения направлен в больницу следственного изолятора № 1, где находился до 23.XI-65 г. по поводу острого гонорейного уретрита.

На основании судебно-медицинского исследования гр-на С. дано заключение, что:

1. Объективных данных, свидетельствующих о неспособности его совершать половые акты, не обнаружено.

2. При поступлении в специзолятор 11.XI-65 г. обнаружен острый гонорейный уретрит. Учитывая, что, как правило, инкубационный период при этом заболевании равен 3—5 дням, то можно думать, что заражение могло наступить 3—5 дней назад, считая со дня обнаружения заболевания.

Принимая во внимание, что у гр-ки Б., с которой он имел половое сношение 7.XI-65 г. обнаружена острая гонорея, с точностью установить, кто из них является источником заболевания, не представляется возможным.

ГЛАВА V

ЭКСПЕРТИЗА ГОМОСЕКСУАЛИЗМА

Половое влечение к лицам того же пола и удовлетворение половой страсти между лицами одного пола представляют собой один из видов полового извращения, называемый гомосексуализмом. По ст. 121 УК РСФСР и аналогичным статьям УК союзных республик предусматривается правовая ответственность за половые сношения мужчины с мужчиной (мужеложство).

Такие взаимоотношения имеют место с обоюдного согласия, с применением насилия или обмана как между взрослыми мужчинами, так и между мужчинами и детьми — мальчиками. Один из партнеров, выполняющий роль мужчины, условно называется активным партнером, другой, выполняющий роль женщины,— пассивным.

При проведении судебно-медицинской экспертизы по поводу мужеложства эксперту чаще всего приходится решать следующие вопросы:

1. Имеются ли у свидетельствуемого лица признаки, характерные для совершения актов мужеложства?
2. Является ли свидетельствуемый активным или пассивным партнером?.
3. Имеются ли у свидетельствуемого признаки, указывающие на систематическое, в течение длительного времени совершение им актов мужеложства?.

Экспертиза гомосексуализма проводится по плану, изложенному в разделе «Экспертиза способности к половой жизни». Однако, учитывая определенную специфичность этой экспертизы, возникает необходимость в дополнении и большей детализации анамнестических сведений и объективных данных:

полового воспитания и развития, развращающего влияния кого-либо, подробного выявления заболеваний желудочно-кишечного тракта, душевных заболеваний, тщательного обследования половых органов, области заднего прохода, сфинктера прямой кишки и внутренних половых органов.

Некоторые из свидетельствуемых заявляют, что они неспособны к совершению полового акта, в связи с чем возникает необходимость всестороннего исследования, изложенного в главе «Экспертиза способности к половой жизни» (см. гл. I). У гомосексуалистов-мужчин половая слабость может иметь функциональный характер и проявляется только в отношении женщин, а при интимных взаимоотношениях с мужчинами она может не быть.

Следует выяснить, не занимается ли свидетельствуемый онанизмом, в течение какого периода времени, как часто (в течение месяца, недели, суток), не совершает ли онанистические акты с другими лицами (перекрестный или обоюдный онанизм), как часто, не было ли человека, который приучил к этому.

Следует попытаться расспросить, когда и при каких обстоятельствах стал заниматься гомосексуализмом.

При выяснении заболеваний, которыми страдал свидетельствуемый, необходимо выяснить о желудочно-кишечных заболеваниях, в том числе дизентерии; не было ли выпадения прямой кишки, геморроя, запоров, поносов, какие перенес операции, не было ли оперативного вмешательства в области прямой кишки и заднего прохода (парапроктит, геморрой, выпадение прямой кишки и др.). Также следует расспросить о тяжелых инфекционных заболеваниях (туберкулез, проказа и др.), находится ли на учете у психиатра, в какие медицинские учреждения обращался по поводу этих заболеваний и когда.

Медицинские документы (подлинники) следует запросить из медицинских учреждений, куда свидетельствуемый был стационирован и где лечился амбулаторно по поводу указанных заболеваний и оперативных вмешательств, ибо они могут содержать сведения, необходимые для выяснения интересующих нас вопросов.

При объективном исследовании, помимо осмотра полового члена, необходимо выяснить, есть ли на нем помарки кала, что является одним из признаков, указывающих на совершение свидетельствуемым полового акта в качестве активного парт-

нера. Тщательно осматривается область венечной борозды полового члена, головки и углубления по обеим сторонам от уздечки и в каждом подозрительном случае нужно брать отпечатки на предметное стекло. Для этого обезжиренное чистое предметное стекло плотно прижимают к подозрительному месту на половом члене, отпечатки исследуются экспертом или направляются в биологическое отделение с целью обнаружения следов кала (растительная клетчатка, мышечные волокна, яйца глист и т. п.).

У мужчин, не производящих систематического туалета полового члена (особенно если половой член имеет длинную крайнюю плоть), в области венечной борозды под крайней плотью скапливается серовато-беловатая, иногда с желтоватым оттенком смегма. Под микроскопом она имеет вид аморфных глыбок без характерного клеточного строения, присущего растительной клетчатке или мышечным волокнам.

Частицы кала могут быть также обнаружены у корня полового члена и на мошонке вблизи от полового члена.

С целью выявления признаков, характерных для пассивных партнеров, детально обследуется область заднего прохода. Осмотр производится в коленно-локтевом положении свидетельствуемого. Отмечается состояние межъягодичной щели (глубокая, неглубокая), после разведения ягодиц руками осматривают состояние радиарной складчатости кожи в окружности заднего прохода (хорошо выражена, слабо выражена, отсутствует). Если имеются наружные геморроидальные узлы, отмечается их величина и расположение соответственно цифрам циферблата часов с обязательным указанием положения свидетельствуемого, например соответственно 9 часам по циферблату при коленно-локтевом положении. Далее большими пальцами рук, расположенными параллельно по обеим сторонам от заднего отверстия на расстоянии 2—2,5 см от него, следует слегка растянуть анальное отверстие. В норме анальное отверстие сомкнуто, при легком растяжении зияния не наблюдается. Появление зияния свидетельствует о слабости сфинктера прямой кишки, что может быть обусловлено половыми сношениями через прямую кишку.

Отмечается наличие или отсутствие воронкообразного углубления в виде узкой или широкой воронки. В области заднего прохода выявляются рубцы (втянутые, невтянутые, плотные, неплотные, спаянные, неспаянные с подлежащими тканя-

ми), форма, расположение (продольное, поперечное), а также положение их соответственно цифрам циферблата часов.

При осмотре слизистой прямой кишки обращают внимание на складчатость (хорошо выражена, сглажена), окраску (бледно-розовая, розовая, красноватая, красная, багрово-красная, багрово-синюшная). Интенсивный цвет слизистой нередко наблюдается при систематическом совершении актов мужеложства в качестве пассивного партнера. Однако такое состояние слизистой может встретиться при воспалительном процессе, например при гонорейном проктите. В этих случаях складки слизистой могут быть отечными, наблюдаются скудные или обильные гнойные выделения. В области заднего прохода может быть расположен твердый шанкр, а при его заживлении блестящий, иногда нерезко выраженный рубчик округлой или овальной формы. Наряду с твердым шанкром здесь встречаются и проявления вторичного сифилиса: широкие кондиломы, эрозивные папулы.

В области заднего прохода могут иметь место и повреждения слизистой прямой кишки в виде ссадин, трещин и разрывов. Следует точно локализовать эти повреждения, описать их форму, вид. Ссадины в ряде случаев имеют овальную или удлиненную форму, расположены по окружности заднего прохода, бывают значительными по величине, иногда захватывают поверхность слизистой, включая складки и пространство между ними, иногда расположены только на вершинах складок слизистой прямой кишки. Ссадины чаще встречаются у детей при совершении с ними актов мужеложства. Трещины встречаются чаще других повреждений, располагаясь, как правило, между складками в продольном направлении, в основном на передней и боковых поверхностях слизистой прямой кишки. Они возникают вследствие перерастяжения слизистой при введении инородного тела. Края этих трещин красноватого цвета и, склеиваясь между собой, заживают довольно быстро (через 3–5 дней), особенно у детей. На вершинах складок могут быть обнаружены ссадины, которые характерны для воздействия твердого предмета с несколько заостренным краем.

На слизистой прямой кишки встречаются лоскутные разрывы ее в форме прямых узлов, расположенных чаще всего на передней стенке по обе стороны от срединного шва. Вершина тканевого лоскута обращена внутрь, одна из сторон указанного разрыва расположена обычно продольно, вдоль складок,

другая — поперечно. Эти повреждения характерны для насильственного введения полового члена либо иного предмета в прямую кишку без предварительного смазывания веществом, уменьшающим трение (вазелин и т. п.). При грубом совершении акта мужеложства или введения в прямую кишку инородного тела — плотного, с неровными поверхностями — могут иметь место значительные повреждения в виде ран, глубоких разрывов сфинктера и разрывов прямой кишки.

На слизистой прямой кишки могут встречаться продольные трещины, возникшие от других причин, например при систематическом запоре. В этих случаях трещины, как правило, располагаются на задней стенке прямой кишки, имеют отекшие сероватые края, резко болезненные при дотрагивании.

Исследование сфинктера прямой кишки производится путем введения указательного пальца в резиновой перчатке, смазанной вазелином, в прямую кишку. В зависимости от выраженности его тонуса определяется состояние сфинктера прямой кишки. Сфинктер, обладающий хорошим тонусом, плотно охватывает введенный палец—симптом кольца. Ослабленный сфинктер охватывает палец слабо, допуская в ряде случаев движение пальца в вертикальной плоскости. В некоторых случаях в результате систематического совершения актов мужеложства в качестве пассивного партнера, свидетельствуемый, сфинктер которого ослаблен, предпринимает попытки искусственного сокращения сфинктера. Однако искусственное сокращение длительное время удерживаться не может, что выявляется в процессе осмотра.

Для объективного исследования тонуса сфинктера прямой кишки нами проведено измерение тонуса сфинктера у этих лиц по методике, разработанной в проктологической лаборатории Министерства здравоохранения РСФСР, руководимой проф. А. Н. Рыжих (1963—1966). Данные, полученные при измерении тонуса сфинктера, выражаются в миллиметрах ртутного столба и фиксируются в графическом изображении. В норме у мужчин тонус сфинктера прямой кишки равен 24 мм рт. ст., волевые сокращения — 12 мм рт. ст., а сумма их — 36 мм рт. ст. — составляет максимальную силу запирательного жома. Прибор, при помощи которого производились

исследования, соединен с датчиком. При исследовании датчик вводят в анальное отверстие. Давление сфинктера на датчик передается на записывающий механизм, который фиксирует тонус сфинктера в графическом изображении. Затем предлагают свидетельствуемому с усилием сжать датчик, введенный в прямую кишку, фиксируя новую отметку на миллиметровой бумаге. Расстояние от отметки тонуса сфинктера до наибольшей отметки на миллиметровой бумаге вследствие волевого сокращения сфинктера определяет величину волевого сокращения.

У лиц, неоднократно совершающих акты мужеложства в качестве пассивного партнера, снижение тонуса анального жома и усиление волевого сокращения наблюдается в таких пределах, что в общем максимальная сила сфинктера остается несколько сниженной. По нашим данным, в среднем тонус сфинктера оказался равным 14 мм рт. ст., волевые сокращения — 18 мм рт. ст., а максимальная сила сфинктера - 32 мм рт. ст.

При сфинктерометрии лиц, страдающих различными заболеваниями прямой кишки, в проктологической лаборатории проф. А. И. Рыжих такие закономерные изменения функции запирательного жома не отмечены.

В некоторых случаях для осмотра слизистой прямой кишки следует произвести ректоскопическое исследование при помощи ректоскопа. Ректоскоп вводится на глубину не более 10 см.

В свежих случаях, когда пассивный партнер или потерпевший после совершения полового акта в задний проход не имел акта дефекации, необходимо срочно взять ватным тампоном мазок из прямой кишки и направить его в биологическую лабораторию (вместе с тампоном) для обнаружения сперматозоидов и установления групповой принадлежности обнаруженной спермы.

Для изготовления тампона лучше пользоваться хирургическим или анатомическим пинцетом, между браншами которого зажимается кусочек ваты размером 3×3 см, далее он закручивается на пинцет и тампон готов. Тампон следует ввести в прямую кишку на глубину 3—6 см и круговым движением по часовой стрелке слегка обтереть слизистую прямой кишки, затем его извлекают и делают серию мазков (4—5) на предметных стеклах. Мазки после высушивания вместе с тампоном

и кусочком ваты (контроль) направляют на биологическое исследование или это исследование производит эксперт.

Единичные акты мужеложства, совершаемые взрослыми, как правило, не оставляют стойких изменений в области заднего прохода и прямой кишки, за исключением случаев, сопровождавшихся значительными повреждениями прямой кишки, после заживления которых могут оставаться стойкие рубцы. Поверхностные повреждения слизистой и кожных покровов, возникающие в области заднего прохода при совершении актов мужеложства, обычно проходят бесследно.

Существуют ли какие-либо характерные признаки у активных партнеров в акте мужеложства?

При систематическом совершении подобных актов, по мнению Тардье (1860), половой член, оставаясь широким у корня, постепенно истончается к головке, которая тоже уменьшается в размерах. Тардье утверждает далее, что половой член у активного партнера перекручен по оси и наружное отверстие уретры представляет собой поперечную щель. Заостренность и скрученность полового члена Тардье объясняет винтообразным введением полового члена в узкий задний проход при актах педерастии.

Однако эта точка зрения не нашла своего подтверждения в работах многих авторов (И. А. Каспер, 1872; В. М. Тарновский, 1885 и др.). Наши наблюдения также не дают возможности отметить какие-либо определенные изменения полового члена у активных партнеров. Мы полагаем, что утверждения о характерных изменениях формы полового члена у активного партнера в акте мужеложства не могут считаться доказанными, а потому использовать их при экспертизе мужеложства нельзя.

У пассивных партнеров, совершающих в течение длительного времени систематически акты мужеложства, имеется ряд характерных изменений в области заднего прохода и прямой кишки: воронкообразная втянутость, расслабление сфинктера, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность складок в окружности заднего прохода и слизистой прямой кишки, багрово-красный цвет слизистой прямой кишки. В некоторых случаях слизистая прямой кишки приобретает иной вид, представляется утолщенной с грубой складчатостью, несколько выбухает в виде валика. Степень интенсивности и проявления этих

признаков может быть различной, часть из них может отсутствовать.

Следует учитывать, что у некоторых людей, не занимающихся мужеложством, встречается в большей или меньшей степени выраженная воронкообразность области заднего прохода, однако в этих случаях она ограничена слизистой прямой кишки и переходной складкой. В образовании так называемой втянутой воронки заднего прохода участвует кожа в окружности заднего прохода и слизистая прямой кишки, с которой образуется сплошная, непрерывающаяся переходной складкой поверхность.

При наличии одного из указанных признаков, взятого отдельно, нельзя судить о совершении неоднократных актов мужеложства. Только на основании совокупности признаков можно подойти к положительным выводам в заключении.

Не следует забывать о возможности заражения венерическим заболеванием при совершении актов мужеложства. Об этом свидетельствует обнаружение твердого шанкра в области заднего прохода или гонорейного проктита у мужчин.

Значительную помощь эксперту при оценке полученных им данных может оказать возникновение общего возбуждения при обследовании предстательной железы и семенных пузырьков у лиц, совершающих акты мужеложства в качестве пассивного партнера.

Нами замечено, что при легком массаже области семенных пузырьков и предстательной железы у этих лиц при коленно-локтевом положении появляется общее возбуждение в большей или меньшей степени в виде гиперемии лица, которая нередко сменяется побледнением, учащением дыхания и ритма сердечной деятельности. У некоторых возникает усиленное потоотделение, другие отмечают сухость во рту. При этом наблюдается двигательное возбуждение, проявляющееся в периодических сокращениях отдельных групп мышц плечевого пояса, поясничной и ягодичной областей, вплоть до развития фибриллярных подергиваний и общего тремора. У некоторых лиц мышечные сокращения носят клонический характер. Ряд свидетельствуемых при этом разгибается, извивается из стороны в сторону, перемещается в сторону введенного пальца. Сфинктер прямой кишки маятникообразно сокращается и расслабляется.

У разных лиц степень выраженности возбуждения значительно колеблется: у некоторых оно выражено очень слабо, у других — резко выражено. По нашим наблюдениям, степень выраженности возбуждения изменяется в зависимости от продолжительности совершения актов мужеложства. У мужчин, не занимающихся мужеложством, таких явлений при обследовании предстательной железы и семенных пузырьков нами не наблюдалось.

Выводы (заключение) с учетом поставленных вопросов могут быть представлены следующими вариантами:

«1. На основании судебно-медицинского исследования гр..., истории болезни прихожу к следующему заключению: в области заднего прохода у гр... обнаружено — воронкообразная втянутость, сглаженность складчатости, расслабление сфинктера прямой кишки и зияние заднепроходного отверстия. Эти изменения могли возникнуть вследствие неоднократно совершаемых в течение длительного времени актов мужеложства в качестве пассивного партнера или эти изменения характерны для лиц, совершающих акты мужеложства неоднократно в течение длительного периода времени в качестве пассивного партнера».

«2. В области заднего прохода изменений, характерных для неоднократного совершения актов мужеложства в течение длительного периода времени в качестве пассивного партнера, не обнаружено».

В случаях, когда имеются единичные признаки мужеложства в области заднего прохода, следует добавить в заключении «... исключить совершение единичных актов нельзя».

«3. Объективных данных, указывающих на неспособность гр... совершать нормальные половые акты, равно как и акты мужеложства в качестве активного партнера, не обнаружено».

Для иллюстрации приводим следующие наблюдения.

Наблюдение 8. Гр-н Ш., 41 года, обвиняется в совершении актов мужеложства.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Имеются ли у гр-на Ш. признаки мужеложства?

2. Способен ли он совершать половые акты?

Совершение подобного акта гр-н Ш. не отрицает, заявляя, что это были у него единичные случаи. Был женат, но прожил с женой всего несколько месяцев. Половые акты с женой совершал нормальные с хорошим напряжением полового члена, всегда заканчивающиеся извержением спермы. В течение жизни желудочно-кишечных заболеваний не отмечает, болел туберкулезом легких. Несколько лет назад перенес гонорейный уретрит. По-

пал под поезд в 6-летнем возрасте, в результате чего потерял обе нижние конечности до уровня нижней трети обоих бедер. Курит, алкоголь употребляет 2—3 раза в неделю. В юношеском возрасте занимался онанизмом. Около 20 лет неизвестный гражданин впервые склонил к совершению обоюдного (перекрестного) онанизма, а затем и актов мужеложства. Вначале выступал в роли активного партнера.

При объективном исследовании: питание удовлетворительное, рост стоя — 180 см (с протезами на уровне нижней трети обеих бедер), сидя — 93 см. Мускулатура на туловище и конечностях развита хорошо. Брюшные и кремастерные рефлексы не вызываются. Половой член длиной 12 см, шириной в средней трети — 3,5 см, в области головки – 4 см, без уплотнений. Крайняя плоть собрана в складки позади головки. Из наружного отверстия уретры выделений нет. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 5×3×2,5 см, левое — 5,3×2,6×3 см, придатки их без уплотнений. Область заднего прохода в виде широкой втянутой воронки. Заднепроходное отверстие зияет. Соответственно 12 часам по циферблату при коленно-локтевом положении имеется спавшийся геморроидальный узелок размером 0,2×0,3×0,2 см, слизистая прямой кишки багрово-синюшная, складки ее сглажены. При введении указательного пальца в прямую кишку сопротивления сфинктера почти не ощущается (не охватывает палец). Предстательная железа эластической консистенции, обе доли ее одинаковые с гладкой поверхностью. Границы и срединная бороздка определяются. Семенные пузырьки не прощупываются. При легком массаже простаты и области семенных пузырьков, больше справа, появилось выраженное общее возбуждение, сопровождавшееся гиперемией лица, учащением ритма дыхания, периодическими сокращениями разных групп мышц плечевого пояса, спины и ягодичной области, вплоть до фибриллярных подергиваний их. Свидетельствуемый при этом извивался в стороны, перемещался в направлении введенного пальца.

На основании судебно-медицинского исследования гр-на Ш. дано заключение, что:

1. В области заднего прохода у гр-на Ш. обнаружено: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность складчатости слизистой прямой кишки, расслабление сфинктера ее, багрово-синюшный цвет слизистой прямой кишки. Эти изменения характерны для лиц, совершающих неоднократно в течение длительного времени акты мужеложства в качестве пассивного партнера.

2. Объективных данных, свидетельствующих о неспособности его совершать нормальные половые акты, равно как и акты мужеложства в качестве активного партнера, не обнаружено.

Наблюдение 9. Гр-н Г., 25 лет, вместе с гр-ном С., будучи в нетрезвом состоянии, были задержаны работниками милиции при совершении акта мужеложства.

На разрешение экспертизы поставлены следующие вопросы:

1. Имеются ли у гр-на Г. признаки мужеложства?

2. Способен ли он совершать половые акты?

Гр-н Г. пояснил, что гр-н С. склонил его после выпивки совершить половой акт в задний проход. Ранее подобных актов не совершал. Не женат и не был женат, половых актов с женщинами не совершал. Болел воспалением легких, гриппом и ангиной. Алкоголь употребляет от случая к случаю, не курит. Онанизмом занимается изредка. Поллюции бывают не часто,

сопровождаются эротическими сновидениями. Запорами и поносами не страдает. С момента происшествия до проведения экспертизы прошло 10 дней.

При объективном исследовании: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя — 174 см, сидя — 90 см. Мускулатура на туловище и конечностях развита хорошо. Эпигастральный угол острый. Тургор кожи хороший. Оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области выражено хорошо, рост волос в лобковой области по мужскому типу. Брюшные и кремастерные рефлексы живые. Половой член длиной 8,5 см, шириной в средней трети — 2,6 см, в области головки — 2,8 см. Крайняя плоть полностью прикрывает головку и легко ее освобождает. Из наружного отверстия уретры выделений нет. Половой член без изменений (уродства развития) и уплотнений. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 5×3×2,6 см, левое — 4,9×3,2×2,5 см, придатки их без уплотнений. Область заднего прохода в виде небольшого углубления. Заднепроходное отверстие сомкнуто. Слизистая прямой кишки бледно-розового цвета, складки ее хорошо выражены. При введении указательного пальца в прямую кишку ощущается сопротивление сфинктера, который циркулярно плотно охватывает палец. Предстательная железа не увеличена, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, эластической консистенции, границы и срединная бороздка определяются. Семенные пузырьки не прощупываются. При легком массаже простаты и семенных пузырьков общего возбуждения не появилось, но появилась начинающаяся эрекция.

На основании судебно-медицинского исследования гр-на Г. дано заключение, что: 1. В области заднего прохода у гр-на Г. не обнаружено признаков, указывающих на совершение актов мужеложства в качестве пассивного партнера. 2. Объективных данных, свидетельствующих о неспособности его совершать нормальные половые акты, равно как и акты мужеложства в качестве активного партнера, не обнаружено.

Наблюдение 10. Гр-н А., 60 лет, обвиняется в мужеложстве, при этом он заболел венерическим заболеванием — сифилисом. Со слов свидетельствуемого, 9.V 1963 г. в шашлычной познакомился с гр-ном П. В тот же вечер в полуразрушенном сарае на территории строительства совершил с ним акт мужеложства, причем выполнял роль пассивного партнера. В начале июня 1963 г. почувствовал слабость. 6 июля на теле появилась сыпь. 19.VII 1963 г. госпитализирован в больницу с диагнозом сифилиса. Женат с 1936 г., имеет двоих детей 1938 и 1941 года рождения. Половая жизнь с 20 лет со случайно знакомыми женщинами, с 30 лет — с женой. В этот период половых актов с другими женщинами не совершал. До 1962 г. совершал нормальные акты. С 1962 г. отсутствует напряжение полового члена, однако желание совершать половые акты имеется. Заболеваний в детстве не знает, в дальнейшем болел дизентерией, но в больнице по поводу нее не лечился, болел радикулитом, гриппом и ангиной. Туберкулезом, гонореей не болел. По поводу сифилиса лечился в больнице, а затем наблюдался в диспансере. В течение 5 лет страдает геморроем, за медпомощью по поводу его не обращался. Иногда бывают запоры и поносы. Стул регулирует диетой и английской солью. Не курит, алкоголь употребляет от случая к случаю. Жалобы на общую слабость.

При объективном исследовании: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Рост стоя — 173,5 см, сидя — 90 см. Мускулатура на туловище и конечностях развита хорошо. Эпигастральный угол прямой. Тургор кожи хороший, оволосение в подмышечных ямках и в лобковой области хорошо выражено. Рост волос в лобковой области по мужскому типу. Брюшные и кремастерные рефлексы живые. Половой член длиной 11 см, шириной в средней трети — 2,5 см, в области головки — 3 см. Крайняя плоть почти полностью прикрывает головку. В области полового члена выделений нет. Яички в мошонке эластической консистенции, размерами: правое — 4,7×3×2,5 см, левое — 4,8×3×2,5 см, придатки их без уплотнений. Область заднего прохода в виде широкой втянутой воронки. Заднепроходное отверстие зияет. Слизистая прямой кишки багрово-синюшного цвета. Соответственно 12 часам по циферблату при коленно-локтевом положении в области переходной складки имеется белесоватый овальный рубчик размером 0,5×0,7 см, соответственно 1, 3, 7 и 9 часам имеются небольшие геморроидальные узлы. Складчатость слизистой значительно сглажена. При введении указательного пальца в прямую кишку сопротивления сфинктера почти не ощущается, последний почти не охватывает пальца. Предстательная железа не увеличена, обе доли ее одинаковые, гладкой поверхности, эластической консистенции, границы и срединная бороздка определяются, семенные пузырьки не прощупываются. При легком массаже простаты и семенных пузырьков появилось выраженное общее возбуждение, выражавшееся в покраснении лица и последующем его побледнении, учащении ритма дыхания, периодическом сокращении разных групп мышц плечевого пояса, спины и ягодичной области, вплоть до появления фибриллярных подергиваний и общего тремора. Свидетельствуемый при этом извивался и перемещался в сторону введенного пальца. Сокращение сфинктера периодически сменялось его расслаблением.

Из истории болезни известно, что гр-н А. находился на излечении в больнице им. Короленко с 19.VII 1963 г. по 2.IX 1963 г. по поводу первичного свежего сифилиса. В статусе: на боковых поверхностях туловища и конечностях розеолезные высыпания величиной с небольшую горошину. В области ануса на 12 часах — эрозия овальной формы, розовато-красного цвета с гладким дном и уплотнением в области основания. Клинический диагноз: «Сифилис вторичный, свежий. Розеола туловища и конечностей. Твердый шанкр — язва в области ануса». Серореакции и осадочные реакции резко положительные. В беседе с главврачом рассказал, что гомосексуализмом занимается давно. Последняя встреча была 9.V 1963 г.

На основании судебно-медицинского исследования дано заключение, что:

1. В области заднего прохода обнаружено: воронкообразная втянутость, зияние заднепроходного отверстия, сглаженность складок слизистой прямой кишки и значительное расслабление сфинктера ее. Эти изменения характерны для лиц, совершающих акты мужеложства систематически в течение длительного периода времени в качестве пассивного партнера.

2. Объективных данных, указывающих на неспособность гр-на А. совершать нормальные половые акты, равно как и акты мужеложства в качестве активного партнера, не обнаружено.

3. Наличие твердого шанкра в области заднего прохода у гр-на А. свидетельствует о том, что заражение наступило при совершении акта мужеложства с больным сифилисом. Заражение наступило 2—2,5 месяца назад, считая со дня поступления в больницу.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Судебно-медицинская экспертиза половых состояний мужчин относится к числу сложных видов судебно-медицинской деятельности.

На разрешение этой экспертизы органами суда и следствия ставятся вопросы о способности к половой жизни, оплодотворению, определении половой зрелости, установлении венерических заболеваний, признаков мужеложства и др.

Для разрешения этих вопросов эксперт должен быть осведомлен в ряде пограничных специальностей и широко использовать консультации соответствующих специалистов.

Как показывает многолетний опыт работы специального кабинета Бюро судебно-медицинской экспертизы Мосгорздравотдела по проведению указанных экспертиз, целесообразно организовать андрологические кабинеты, в которых экспертизы половых состояний мужчин должны проводиться судебно-медицинскими экспертами, имеющими дополнительную подготовку по урологии, венерологии и другим специальностям. В краевых и областных Бюро судебно-медицинской экспертизы необходимо специализировать хотя бы одного эксперта для проведения указанных экспертиз, чтобы он постоянно имел возможность совершенствоваться в этой области.

При проведении экспертизы половых состояний мужчин судебно-медицинский эксперт должен ознакомиться с материалами дела, медицинскими документами, провести целенаправленный опрос свидетельствуемого (собирание анамнеза) и объективное исследование в соответствии с особенностями каждого вида экспертизы. Экспертное заключение должно основываться на всех имеющихся у эксперта материалах и содержать научно обоснованные ответы на вопросы, поставленные органами следствия и суда.

При проведении экспертизы способности к совершению половых актов следует иметь в виду, что наряду с органической импотенцией, т. е. связанной с анатомическими или патологическими изменениями со стороны мочеполовой и центральной

нервной систем, существует импотенция «функциональная» без каких-либо органических изменений.

Экспертиза способности к оплодотворению состоит из двух частей: исследования свидетельствуемого и получения и исследования семенной жидкости. Наличие в семенной жидкости хотя бы одного нормального строения сперматозоида, обладающего хорошим поступательным движением, не дает возможности исключить способность к оплодотворению. Выраженная олигозооспермия при сохранной подвижности хотя бы одного сперматозоида, имеющего нормальное строение, не может свидетельствовать об отсутствии способности к оплодотворению.

Экспертиза половой зрелости складывается из совокупности анатомо-физиологических особенностей и антропометрических данных. Получение эякулята и исследование семенной жидкости у подростков при решении вопроса о половой зрелости не является обязательным.

Экспертиза венерического заболевания сводится к выявлению его у свидетельствуемого (сифилис, гонорея) и установлению сроков заражения. Обязательным для эксперта является подробный направленный опрос и объективное исследование свидетельствуемого. Специальные исследования (серологическое исследование крови и исследование соскоба с язв и эрозий, а также пунктата лимфатических узлов) при сифилисе и комбинированная провокация при гонорее должны проводиться в специализированных учреждениях.

При экспертизе гомосексуализма (мужеложства) можно обнаружить ряд признаков, характерных для лиц, неоднократно совершающих акты мужеложства в качестве пассивного партнера, иногда свежие повреждения, особенно в случаях совершения подобных актов с применением насилия (в основном у подростков). У активного партнера не имеется каких-либо характерных анатомических изменений. Экспертиза его сводится к выявлению частиц кала на половом члене. Следует помнить, что гомосексуалисты могут меняться партнерством, поэтому обязательным является всестороннее исследование предполагаемых (как активного, так и пассивного) партнеров. Объективными критериями наряду с другими признаками, присущими лицам, совершающим неоднократные акты мужеложства в качестве пассивного партнера, является наличие в области заднего прохода твердого шанкра или гонорейного проктита.

ЛИТЕРАТУРА

Авдеев М. И. Курс судебной медицины. М., 1959.

Васильченко Г. С. Патогенетические механизмы импотенции. М., 1956.

Васильев А. И. О функции семенного бугорка, 1923.

Гольдин Г. И. Последствия и принципы лечения огнестрельных ранений полового члена. В кн.: Сб. научн. работ Главного военного госпиталя ВС СССР им. Н.-Н. Бурденко, 1947, 123.

Гофман Э. Р. Руководство по судебной медицине. М., Госмедгиз, 1933.

Дунаевский А. Я. Аденома предстательной железы. М., 1959.

Иглицин Н. М., Семенов Б. М. Огнестрельные ранения и повреждения полового члена. Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. М., т. 13, 1955.

Каспер И. А. Практическое руководство по судебной медицине, 1872.

Краттер Ю. Руководство по судебной медицине для врачей и студентов, М., ч. II, 1926.

Мильман Л. Я. Импотенция. М., 1965.

Попов Н. В. Основы судебной медицины. М., 1938.

Порудоминский И. М. Половая слабость мужчин. М., 1960.

Порудоминский И. М. Бесплодие у мужчин. Л., 1964.

Пухнаревич В. И. Определение способности к оплодотворению у мужчин в судебно-медицинской практике. В кн.: Сб. научн. работ по судебной медицине и пограничным областям, 1955.

Пытель А. Я., Мазо Е. Б. Фибропластическая индурация полового члена. Журн. Урология, 1961.

Райский М. И. Судебная медицина, 1953.

Розанов В. Н. Судебно-венерологическая экспертиза. Л., 1935 (дисс).

Русаков В. И. Структуры уретры. М., 1962.

Тарновский В. М. Извращение полового чувства, 1885.

Фронштейн Р. М. Заболевание простаты, 1953.

Фронштейн Р. М. Расстройство половой деятельности мужчины. М.-Л., 1929.

Хольцов Б. Н. Функциональное расстройство мужского полового аппарата. Л., 1926.

Шахбазян Е. Е. Крипторхизм и его лечение. М., 1957.

Якобзон Л. Я. Половое расстройство у мужчин. Л., 1926.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

Б.

Корректоры **Г. Н. Мартынова, Р. А. Поликашина**

Л 73604 20/I 1967 г. Объем 4 п. л. Изд. № 111 Зак. 853. Тираж 1000 экз.
Цена 28 коп.

Типография Хоз. Упр. Сов. Мин. РСФСР

Цена 28 коп.